Il governo dell'esistenza

Organizzazione sanitaria e tutela della salute pubblica in Trentino nella prima metà del XIX secolo

di

Rodolfo Taiani

Società editrice il Mulino Bologna

«Non so dove i gabbiani abbiano il nido,
ove trovino pace.
Io son come loro,
in perpetuo volo...»

Cardarelli, *I gabbiani*

per Cinzia, a Irina

Premessa

Mi è veramente impossibile ringraziare tutti coloro che in varia misura e in varia forma hanno contribuito al lavoro presentato in queste pagine. Si tratta di un lunghissimo elenco di persone alle quali tutte va in pari misura la mia riconoscenza anche se non espressamente nominate.

Ricordo innanzitutto Stuart Woolf per la costante attenzione con cui ha seguito fin dal suo nascere la ricerca e con lui i professori Franco Angiolini, Gauro Coppola, Giuseppe Olmi, Paolo Prodi e Pierangelo Schiera per i tanti e preziosi consigli generosamente dati e che non sempre, purtroppo, ho saputo trasferire nella pratica. Ringrazio, inoltre, Pietro Corsi, Luisa Mangoni e Brigitte Mazohl-Wallnig per il contributo dato in sede di discussione della tesi di dottorato e Casimira Grandi, che, con i suoi studi, ha certamente facilitato alcuni passaggi della mia indagine. Un grazie particolare va ad Emanuela Renzetti, con la quale è maturata negli anni passati un'esperienza di studio e di ricerca della quale questo lavoro costituisce un ulteriore passaggio, così come a Giuliana Nobili Schiera che ha seguito con la consueta cura le fasi redazionali del testo. Sono grato più in generale all'Istituto Universitario Europeo e all'Istituto Storico Italo-Germanico che mi hanno dato l'opportunità di lavorare in ambienti stimolanti e dove soprattutto sono maturati rapporti di stima e amicizia che hanno accompagnato questo lavoro nelle sue diverse fasi. In particolare voglio qui ricordare Tindara Addabbo, Maria Luigia Caglioti, Ovidio Dellomodarme, Fernando Guirao Piñeiro e Fabio Mollica.

Rivolgo inoltre il mio ringraziamento a tutti coloro che ripetutamente mi hanno fornito utili notizie e a tutto il persona-

le degli archivi e delle biblioteche, presso i quali ho lavorato, che mi ha sempre accolto con grande disponibilità e cortesia.

Ricordo infine i miei genitori per il costante e silenzioso aiuto offertomi e particolarmente mia moglie Cinzia che ha saputo infondermi negli inevitabili momenti di stanchezza e sconforto quel coraggio e quella caparbietà che le erano propri. Molto debbo alla sua comprensione, alla sua complicità, al suo amore.

Sommario

Introduzione

Da quando il celebre studioso Henry Sigerist[1] osservò in un suo articolo del 1940 come oramai si fosse raggiunta una sufficiente conoscenza dello sviluppo storico della scienza medica in quanto tale, ma poco o nulla si sapeva di come le malattie e la medicina avessero influito sulla società[2], molti passi avanti si sono compiuti in questa direzione.

Il maggior peso dato alla comprensione dei fattori economici e sociali, alla vita quotidiana, alla cultura, a tutto ciò che prepara e accompagna lo svolgersi dei «grandi avvenimenti», fino ad allora principale se non unico oggetto della ricerca storica, hanno stimolato l'indagine nei campi della storia della malattia e della sanità in genere. In particolare l'analisi dei fenomeni morbosi o «sociologia della morbilità»[3], è stata indicata come prezioso strumento di comprensione per cogliere anche gli aspetti di ordine amministrativo, religioso, ideologico e così via di una società.

Fatta eccezione per alcuni studi degli anni trenta[4] e quaran-

[1] ROSEN, 1958(a).

[2] SIGERIST, 1940. Pochi anni dopo anche MULLET, 1946, rinnovava l'invito a tutti gli storici della medicina di allargare gli interessi della loro ricerca anche alle conseguenze sociali delle malattie, un settore d'indagine completamente scoperto e sicuramente fonte di molte sorprese. Lo stesso campo delle biografie, ampiamente sfruttato, poteva offrire ottimi spunti e condurre a risultati particolarmente interessanti se indirizzato agli stessi aspetti sociali e allo studio di personalità particolarmente coinvolte nei processi ad essi collegati.

[3] REVEL-PETER, 1974. Di questa posizione si fa interprete anche BLASIUS, 1976.

[4] Mi riferisco in particolar modo alle opere di SHRYOCK, 1936 e di

ta[5], uno sviluppo più deciso in queste ed altre direzioni si ebbe solo negli anni sessanta grazie ai nuovi suggerimenti e metodi di ricerca introdotti sotto l'influenza di varie correnti storiografiche[6]. La più nota è senz'altro la scuola francese, partita dalla rivista *Annales*[7] e poi proliferata in molte sedi, ma non vanno ignorati l'importanza e il respiro assunti anche dalla scuola storiografica inglese[8].

Non è possibile in questa sede, né lo si vuole, seguire l'enorme sviluppo conosciuto da questo particolare settore di ricerca negli anni settanta e ottanta. Ai tanti studi condotti su realtà circoscritte si sono sommati via via nel tempo sintesi per territori sempre più ampi. Consolidandosi la familiarità con questi temi, è andata anche rafforzandosi l'esigenza di allargare la ricerca a settori d'indagine attigui, con un'attenzione crescente ai temi di politica sanitaria[9].

Preme semmai sottolineare il ritardo con il quale queste

ZINSSER, 1935. Mentre nella prima l'autore sottolineava l'intento di «ripercorrere le grandi linee dell'evoluzione della medicina nel quadro della storia intellettuale e sociale dell'umanità», nella seconda si tentava di documentare l'influenza delle epidemie, e in particolare del tifo esantematico, sull'evoluzione delle vicende politiche e militari in alcuni momenti storici.

[5] Riferimento obbligato è SIGERIST, 1949. In questa sua opera il Sigerist proponeva un affresco di ampie dimensioni, dall'antichità al mondo contemporaneo, sul ruolo delle malattie all'interno del processo di civilizzazione.

[6] A tal proposito è di utilissima consultazione la rassegna critica di LABISCH, 1980.

[7] Fra i tanti studi pubblicati dalla prestigiosa rivista vorrei segnalare l'articolo di GRMEK, 1963, successivamente ripreso nel 1969 (GRMEK, 1969). Lo studioso sosteneva, soprattutto in questo secondo intervento, la necessità di non indulgere, nello studio storico dei fenomeni morbosi, solo sui grandi fenomeni epidemici. In caso contrario si rischiava di perdere di vista il quadro più generale in cui lo stato patologico di una popolazione s'inserisce come insieme ben definito nel tempo e nello spazio, poiché ogni malattia dipende dalla frequenza e dalla distribuzione delle altre.

[8] WOODWARD-RICHARDS, 1977.

[9] Si confrontino fra gli altri: BROCKINGTON, 1965; ROSEN, 1958(b); ROSEN, 1974; ROSENBERG (ed), 1979.

nuove aree d'indagine si sono imposte all'attenzione degli storici italiani[10], per i quali il «punto di passaggio fra il vecchio ed il nuovo modo d'intendere la storia medica e sanitaria» è stato segnato dal convegno di storia medico-sociale tenuto a Pavia nel 1973[11]. Nella nota recensiva agli atti, comparsa su un numero di «Studi storici» del 1976, Luigi Faccini[12] rimarcava la novità dell'avvenimento ed invitava ad un maggiore impegno nella ricerca storica dedicata ai temi sociali, attenta quindi non solo agli aspetti medico-sanitari, ma anche allo studio dell'alimentazione[13], delle situazioni abitative e più in generale delle condizioni di vita.

La scarsa considerazione per questo settore di studi aveva, infatti, influenzato negativamente, secondo il Faccini, anche la storia della medicina, i cui contributi, certamente numerosi, avevano «risentito dei difetti di un'impostazione metodologica poco meditata e approfondita»[14].

Due distinti avvenimenti, entrambi registrati nel 1977, segnarono un rafforzamento della linea indicata e inaugurata

[10] Non mancano peraltro esempi di studiosi che si mossero sulle linee indicate dal Sigerist già in anni precedenti alla pubblicazione di quel suo intervento ricordato in apertura. Fra questi il noto igienista e politico CELLI, 1925, che si occupò della malaria nell'agro romano e in particolare ILVENTO, 1938, che si cimentò in una monumentale storia delle epidemie. Si tratta, però, di tentativi isolati, insufficienti ad affermare in Italia qualsiasi nuova tendenza. La pubblicazione dello studio di BENEDICENTI, 1947 e la riedizione di CASTIGLIONI, 1948, testimoniano, pur nella validità intrinseca dei lavori, di quanto la storia della medicina nostrana continuasse a ignorare i nuovi sviluppi registrati altrove.

[11] *Medicina,* 1973.

[12] FACCINI, 1976.

[13] Dopo il lavoro, in un certo senso pionieristico, di HEMARDINQUER, 1970 e, comunque, seguendo l'esempio della scuola francese degli Annales, il tema dell'alimentazione ha conosciuto un crescente impegno di ricerca anche in Italia. Un primo episodio, rimasto isolato, è il volume di BASINI, 1970 cui sono seguiti gli studi di PORISINI, 1974 e di TETI, 1976. Successivamente all'intervento di Faccini sono comparsi i lavori di FINZI, 1976 e di SORCINELLI, 1977. Più di recente LIVI-BACCI, 1987 ha regalato nuovi spunti di riflessione sull'argomento.

[14] FACCINI, 1976, p. 261.

per l'Italia dal convegno di Pavia: l'edizione in lingua italiana dell'opera di Shryock, *The development of modern medicine*[15] e la fondazione della Società italiana di demografia storica (SIDES). Nel primo caso l'autore dell'introduzione, Luigi Belloni, sottolineava ancora una volta la necessità per la storia della medicina di aprirsi ai nuovi indirizzi di ricerca, uscendo da quel campo chiuso e oramai sterile rappresentato dalla sola storia della disciplina. Nel secondo caso si attivava un organismo che da allora ha promosso pubblicazioni e incontri su temi che spesso hanno interessato anche il tema della salute[16].

Un evento determinante per l'affermazione dei nuovi indirizzi di ricerca fu costituito, tuttavia, dalla pubblicazione, l'anno successivo, del volume miscellaneo *Storia della sanità in Italia. Metodo e indicazioni di ricerca*[17]. Edito a cura del CISO (Centro Italiano di Storia Ospitaliera), il volume segnava anche una svolta storica negli interessi di studio di questo ente che di lì a poco aggiungerà la seconda S di sanitaria alla sua sigla (CISSO), facendosi promotore, direttamente o attraverso le varie sezioni attive in ogni parte d'Italia, di numerose iniziative di studio[18]. Nell'intervento introduttivo, a cura di Giovanni Berlinguer, venivano individuate in modo puntuale e ancora attuale tutte le articolazioni del tema sanitario:

[15] SHRYOCK, 1977.

[16] Il primo congresso della Società si svolse a Firenze dal 25 al 28 maggio 1977.

[17] CISO (ed), 1978. Ciò non significa ovviamente che siano mancati in precedenza studi che hanno saputo coltivare in altri ambiti disciplinari quanto la storia della medicina stava cercando faticosamente di recuperare al proprio interno. Mi riferisco in particolare alla storia economica e ad indagini sul genere di quella condotta per la Lombardia da COPPOLA, 1976, successivamente ripresa e sviluppata in COPPOLA, 1979(b).

[18] Fra le più rilevanti degli ultimi anni il convegno di studi sugli ospedali in area padana i cui atti sono stati pubblicati da BETRI-BRESSAN (edd), 1992. Questo incontro si ricollega idealmente ai due convegni organizzati dal CISO rispettivamente nel 1956 e 1960: *Atti del primo congresso italiano*, 1957 e *Atti del primo congresso europeo*, 1962.

«a) malattie prevalenti per diffusione e gravità, e loro rapporti con l'ambiente naturale e sociale (clima, lavoro, residenza, famiglia, etc.) e con l'evoluzione storica (guerre, conflitti sociali, stato);
b) demografia, sia come stato della popolazione che come suo movimento: sociale (migrazioni) e naturale (natalità, mortalità, nuzialità, etc.);
c) dottrinale medico e delle scienze affini (p. es. chimica, biologia), scoperte scientifiche e applicazioni tecniche sia terapeutiche che preventive, anche in rapporto con la produzione dei «materiali sanitari» (p. es. dalla coltivazione delle erbe medicinali all'industria dei farmaci);
d) arti e professioni sanitarie; formazione degli «specialisti», loro ruolo sociale, intreccio con il potere;
e) rapporti fra la salute e l'organizzazione della società: discriminazione «quoad vitam» e «quoad valetudinem», lotte sociali per il diritto della salute, e loro influenze sui rapporti fra le classi e sul progresso sanitario e politico;
f) organizzazione e legislazione sanitaria: istituzioni, leggi, intreccio con il diritto e con lo Stato;
g) edilizia e urbanistica sanitaria, sia come analisi delle tipologie degli «edifizi sanitari», sia come influenza della maturazione (o degradazione) igienica sulla costruzione delle città e sul rapporto città-campagna;
h) cultura medica e ideologie; analisi sia della coscienza sanitaria popolare (e della medicina empirica), sia delle implicazioni teoriche della cultura medica ufficiale; studio del rapporto (reciproco) fra medicina e filosofia;
i) come sono state viste nell'arte e nella letteratura le malattie e i medici nelle varie epoche»[19].

Sulla base di queste indicazioni si è dunque sviluppata anche in Italia negli anni seguenti una vivace attività di ricerca[20]. Ne sono testimonianza la nascita nel 1984 della rivista «Sanità scienza e storia»[21], la pubblicazione di un numero degli *Annali* della *Storia d'Italia* interamente dedicato a *Ma-*

[19] CISO (ed), 1978, pp. 11-12.

[20] Un primissimo bilancio è quello proposto da ALBINI, 1980. Sui successivi sviluppi degli anni ottanta si sofferma invece VANZAN MARCHINI, 1991.

[21] La rivista è divenuta negli ultimi anni punto di riferimento obbligato per quanti si occupano di storia della sanità. Tra i primi interventi pubblicati quello di SORCINELLI, 1984.

lattia e medicina[22] e, non da ultimo, l'edizione in traduzione italiana di numerosi testi stranieri[23]. Sicuramente molto ancora resta da fare, ma la strada fin qui percorsa ha sicuramente permesso di raggiungere più di qualche apprezzabile risultato[24].

Anche la ricerca esposta in questo libro vuole offrire il proprio contributo a questo settore di studi, ricostruendo per un preciso territorio alcuni momenti dell'intervento statale diretto alla tutela della salute pubblica. L'intento non è certo quello di esaltare il contributo positivo o negativo dato dalla medicina alla diffusione di un certo benessere o di tessere l'ennesimo elogio del cosiddetto «progresso scientifico»[25], quanto quello di evidenziare i processi di trasformazione, soprattutto socio-culturale, favoriti da alcune scelte di politica sanitaria.

Per svolgere questo tema si sono così individuati un territorio, una parte dell'odierno Trentino, ed un periodo, la prima metà del secolo XIX, che mi è sembrato prestarsi meglio di altri a questo tipo di lettura, in ragione proprio delle vicende storico-politiche che interessarono quest'area nel corso di vari secoli.

Oggi parlando di Trentino si fa riferimento all'estensione territoriale della Provincia autonoma di Trento ma questa superficie comprende aree che hanno vissuto vicende assai diverse fra loro[26].

[22] DELLA PERUTA (ed), 1984.

[23] Per ogni ulteriore riferimento rinvio alla bibliografia finale.

[24] Fra questi vi è sicuramente da segnalare l'opera *Sanità e società*, 1986-1994.

[25] Il dibattito su questi temi ha coinvolto, in posizioni opposte fra loro, autori quali ILLICH, 1976 e MCKEOWN, 1978.

[26] Al momento della donazione di Corrado II del 1027 questo territorio risulta diviso tra il Principato vescovile di Trento, la Marca di Verona e la Contea vescovile di Feltre. Oltre la Contea di Venosta e quella di Bolzano, la donazione dell'imperatore salico assegnò al Vescovato di Trento l'omonima Contea, cioè l'ex ducato longobardo, i cui confini, passati dal Cismon a Novaledo per dare maggiore spazio alla Contea di

La diretta influenza esercitata fin dal secolo XVI sulle zone del roveretano e della bassa Valsugana dai sovrani di casa Asburgo ha favorito senz'altro un loro diverso sviluppo rispetto a quello conosciuto dalle aree sulle quali ha potuto esercitare la propria autorità il Principe vescovo di Trento. Nonostante, infatti, le pressioni esercitate dai sovrani austriaci sulle scelte di governo dei Principi vescovi, i regolamenti e le leggi approvati ed applicati per il roveretano, soprattutto nel periodo delle riforme di Maria Teresa e Giuseppe II, non ebbero alcuna applicazione nel territorio del Principato vescovile. Fra queste anche quelle riforme di tipo sanitario di cui si parlerà più nello specifico nel primo capitolo.

Simili premesse hanno suggerito, dunque, di restringere ulteriormente l'area d'indagine, delimitandola a quella parte di odierno Trentino corrispondente fino al 1803 al Principato vescovile di Trento. In altre parole si è deciso di privilegiare nella ricerca, per quanto possibile, quella parte di territorio dove per lunghi secoli il Principe vescovo aveva esercitato congiuntamente poteri «temporale» e «spirituale». Si tratta di una fetta di territorio pari a un'estensione di circa 4000 Kmq e che comprende grossomodo la Val di Sole, la Val di Non, tutte le Giudicarie, la parte occidentale del Garda, la città di Trento e il suo immediato circondario fino a Lavis e Mezzolombardo da un lato, fino a Calliano dall'altro, la Val di Fiemme, i Quattro Vicariati (Mori, Brentonico, Avio, Ala), Pergine e Levico[27].

Si è ritenuto in questo modo di isolare una realtà per certi

Feltre, furono ritoccati solo ad est. Restavano invece invariati a nord, con Tell-Adige-Laives, a ovest, includendo Giudicarie, Rendena, Val di Sole e a sud comprendendo Ala, Avio, Brentonico (ROGGER, 1979, pp. 178-179).
Nel secolo XV il Trentino subì l'invasione da parte dei Veneziani che conquistarono la parte del roveretano. Questo territorio rimase possesso veneziano per quasi un secolo, ossia fino a quando le sconfitte inferte dall'imperatore Massimiliano fra il 1508 e il 1516, non costrinsero i Veneziani a ritirarsi. Il roveretano fu così inglobato, fin da allora, nei territori della Contea del Tirolo (KNAPTON, 1984).

[27] ROGGER, 1979, p. 180.

versi «atipica», in grado di far risaltare, nel brusco passaggio da una forma di governo all'altra, il potenziale innovativo sprigionato da una moderna macchina statale, con speciale riferimento all'iniziativa esercitata in campo sanitario.

Il lavoro d'indagine non è stato, tuttavia, dei più semplici. Le ampie lacune riscontrate in alcuni fondi dell'Archivio di Stato di Trento, soprattutto nelle serie sanità dei Capitanati circolari di Trento e Rovereto (manca ogni documentazione fino al 1839), ha costretto a integrare la ricerca con altre fonti per loro natura più frammentarie. Per questa ragione si è rivelato oltremodo prezioso il lavoro svolto presso il Landesarchiv di Innsbruck che ha permesso quella visione d'insieme altrimenti negata dallo stato delle altri fonti. Questo archivio raccoglie, infatti, la documentazione prodotta dal Governo provinciale con sede proprio a Innsbruck.

Dopo un primo capitolo dedicato ai principali orientamenti che guidarono l'azione in politica sanitaria di alcuni governi europei nella seconda metà del Settecento, il lavoro prosegue ripercorrendo in analoga successione le fasi della loro applicazione anche nel territorio oggetto dell'indagine: formazione di un'amministrazione sanitaria e conseguente rafforzamento del ruolo medico, ricorso agli strumenti della prevenzione e reclutamento degli operatori sanitari incaricati dell'assistenza alla popolazione.

Capitolo primo

La sanità pubblica: un nuovo oggetto di governo nell'Europa della seconda metà del XVIII secolo

Nel corso del XVIII secolo e soprattutto della sua seconda metà conquistò sempre più credito la posizione di quanti sostenevano che fra gli obiettivi principali dell'azione di ogni governo vi fosse quello di contribuire al benessere fisico dei propri amministrati. Solo un sensibile aumento della popolazione poteva render conto positivamente dei risultati raggiunti in questa direzione.

Sulla base di principi emersi fin dal secolo XVI, riaffermati dalla dottrina fisiocratica[1] e sperimentati dal cameralismo tedesco[2], l'incremento demografico e la conservazione della popolazione vennero indicati, fin quasi a metà Ottocento e contemporaneamente al progressivo diffondersi delle teorie malthusiane[3], quali presupposti fondamentali di ogni ulteriore crescita politica ed economica della nazione[4]. È quanto

[1] La matrice fisiocratica assunse enorme importanza nelle riforme amministrative del Settecento. Casi esemplari sono la Toscana e il governo di Pietro Leopoldo studiati da SORDI, 1991. Più in generale sul rapporto fra fisiocrazia e riformismo illuminato si veda GERTEIS, 1987.

[2] Sull'esperienza cameralistica tedesca si vedano SCHIERA, 1968 e DORWART, 1971. Più nello specifico, per quanto riguarda l'aspetto politico-sanitario, è utile ROSEN, 1974, pp. 120-141, cui si può unire, per la comprensione dello stesso fenomeno in ambito austriaco, LESKY, 1959, pp. 100-115.

[3] *An essay on the principle of population as it effects the future improvement of society* comparve in prima edizione anonima nel 1798 a Londra.

[4] Sulle teorie della popolazione in epoca premalthusiana si veda GIOLI (ed), 1987 e, pur sempre valido, GONNARD, 1923. Relativamente, invece, ai quadri concettuali della riflessione demografica sette-ottocentesca LA VERGATA, 1990.

scrive già a fine Cinquecento Giovanni Botero[5] ed è quanto sostiene ancora agli inizi del secolo XIX, a dimostrazione di quanto diffusa fosse oramai una simile posizione, il medico pavese Vincenzo Rachetti. Costui osservava, in modo assai incisivo, come «la regolare moltiplicazione della popolazione» fosse l'unico e miglior mezzo per contribuire alla grandezza di una nazione.

«Sia dunque per fecondar la terra di copiosi frutti sia per sostenere con attività indefessa il pesante esercizio dell'arti, le fatiche del commercio, sia finalmente per difender la patria dagli attentati de' nemici interni, e stranieri, siccome richiedesi sempre egualmente fermo vigor di salute, e robustezza di fisica costituzione; e poiché ove questa si degradi un istante, la popolazione, che forma la base dell'esistenza d'ogni stato, dee tosto di necessità esaurirsi; quinci è provato, che la grandezza, o la forza politica delle nazioni stà annessa primariamente alla fisica prosperità universale»[6].

In altri termini i governi si sarebbero dovuti far carico di attivare tutti quei dispositivi capaci, secondo le cognizioni del tempo, di consentire la costante crescita ed il continuo sviluppo della popolazione nella sua totalità, ossia come entità non riducibile ad una semplice somma di individui, ceti e classi[7]. Solo un massiccio e diversificato intervento

[5] «Prima, egli è necessario l'aver gente assai conciosiaché, come diceva Servio Tullio, ad una città, che aspira ad imprese grandi, nissuna cosa è di maggior bisogno che la numerosa moltitudine de' cittadini, dei quali essa possa confidentemente prevalersi nelle fazioni militari, perché i pochi, o per furia di peste, o per qualche disdetta, sono facilmente rovinati» (G. BOTERO, 1948, *Della ragion di Stato*, p. 238).

[6] RACHETTI, 1802, I, pp. XXIX-XXX. Il Rachetti apriva il proprio libro richiamandosi al pensiero di Jean-Jacques Rousseau e citando espressamente quella parte del *Contratto sociale* nel quale il celebre filosofo sosteneva che l'efficacia di un buon governo si poteva misurare solo sul numero della popolazione amministrata (ROUSSEAU, 1965, *Il contratto sociale*): «Qual è il fine dell'associazione politica? La conservazione e la prosperità dei suoi membri. E quale è il segno più sicuro che essi si conservino e prosperino? Il loro numero e la loro popolazione ... A parità di condizioni il governo sotto il quale, senza mezzi estranei, senza naturalizzazione, senza colonie, il paese sia popolato e i cittadini si moltiplichino sempre più, è infallibilmente il migliore. Quello sotto il quale un popolo diminuisca e deperisca è il peggiore».

[7] PANSERI, 1981, p. 1135.

dello stato nei vari settori dell'amministrazione, dell'economia e della società avrebbe potuto contribuire a preservare efficacemente quell'inestimabile risorsa costituita dal numero e dalla salute degli amministrati.

«Fra l'esteso numero d'oggetti – scriveva ancora Vincenzo Rachetti –, cui abbraccia la scienza del governo, occupano distinto rango le politiche misure tutte, che si richieggono per conservare ne' popoli il tesoro prezioso della salute; per impedire il decadimento, o la trista degenerazion della specie; per allontanare insomma dalla società le cause funeste di sciagure, di malattie, e di fisiche calamità, che insorgono copiose lungo il corso della civilizzazione de' popoli»[8].

In risposta a tali aspettative e sulla base delle profonde modificazioni che interessarono i contenuti e le forme dell'arte di governo, acquistarono, dunque, sempre più consistenza dettagliati ed organici progetti d'intervento alla cui stesura collaborano personaggi di formazione ed estrazione le più varie. Fra tutti basterebbe ricordare Josef Sonnenfels, figlio di un rabbino moravo convertitosi al cristianesimo, consigliere assai influente di Maria Teresa ed autore di quei *Grundsätze der Polizeiwissenschaft* che, pubblicati la prima volta nel 1765, furono utilizzati in Austria come libro di testo fino al 1848[9]. In quest'opera il Sonnenfels[10] illustrava i contenuti di quella nuova scienza dell'amministrazione della quale furono ispiratori e seguaci tutti quei personaggi, oggi più semplicemente accomunati dal termine di 'intellettuali'[11], che «non si accontenta[va]no più di offrire consigli al Principe» o di vivere a suo stretto contatto, «ma [volevano] assumere direttamente compiti riformatori»[12]. Di questo gruppo fecero parte tutti quei medici, quali Gerard van Swie-

[8] RACHETTI, 1802, p. XII.

[9] MCCARTNEY, 1981, p. 141.

[10] REINALTER (ed), 1988.

[11] LEPENIES, 1992.

[12] PANSERI, 1981, p. 1135. A tale proposito appare assai significativo, nella Toscana del secondo Settecento, il caso di Giovanni Fabbroni studiato da PASTA R., 1989.

ten[13], Johann Peter Frank[14], Samuel August Tissot[15] o Georg Hasenörhl[16], che collaborarono in prima persona con i propri governi nel predisporre e realizzare, all'interno del più ampio disegno riformatore finalizzato all'incremento e alla conservazione della popolazione, un vasto progetto di salvaguardia della salute pubblica. Punti qualificanti di questo progetto appaiono l'imposizione della superiorità gerarchica della classe medica e delle sue conoscenze scientifiche, l'impostazione di una prassi preventiva e la riorganizzazione dell'assistenza sanitaria sul territorio.

1. *Tutela della salute pubblica e «medicalizzazione»*

Se fosse possibile ricondurre ad un unico motivo conduttore la politica sanitaria europea del Settecento, questo sarebbe senz'altro da individuare nel tentativo di affermare e consolidare il primato della conoscenza e dell'azione medico-scientifiche sopra ogni altra forma di conoscenza e modalità d'intervento puramente empiriche e come tali giudicate ascientifiche[17].

Il processo, altrimenti indicato col termine di «medicalizzazione», è assai complesso e coinvolge molteplici aspetti, sia sul piano politico-amministrativo, sia su quello più propriamente socio-culturale[18]. Prendendo in considerazione solo il

[13] LESKY-WANDRUSZKA (edd), 1973; BRECHKA, 1970.

[14] HAUBOLD, 1939; BREYER, 1983.

[15] EMCH-DÉRIAZ, 1992.

[16] Circa il coinvolgimento di Georg Hasenörhl, meglio noto come *Lagosius*, nel processo riformatore della seconda metà del Settecento in Toscana si veda PRONTERA, 1984.

[17] L'opposizione fra i termini scientifico ed empirico è qui supposta non in rapporto ad una diversità di contenuti quanto ad una differente organizzazione e trasmissione del patrimonio di conoscenze.

[18] Il termine medicalizzazione (*médicalisation*) ricorre spesso nei titoli di studi che affrontano temi di storia sanitaria. Fra i più significativi vorrei segnalare LECUIR, 1979; GOUBERT (ed), 1982; MOREL, 1980; LEE, 1980.

primo di questi si possono individuare alcune linee d'intervento lungo le quali sembrano muoversi la gran parte dei governi europei nel corso di tutto il Settecento: fra queste, in primo luogo, la definizione di nuove modalità per la concessione delle autorizzazioni per l'esercizio sia della professione medica sia di tutte le altre attività sanitarie.

Già con un provvedimento del 1685, Federico Guglielmo, Grande elettore di Prussia, aveva istituito a Berlino un *Collegium Medicum*. Sua funzione principale era quella di esaminare e autorizzare all'esercizio della professione medica tutti quegli individui che avessero voluto praticare nel territorio del Brandeburgo[19]. L'obiettivo di valorizzare un certo *iter* formativo[20] e di ridurre i numerosi abusi riscontrati nella pratica medica suggeriva d'introdurre criteri uniformi di selezione sottraendo ogni autorità in materia ai collegi cittadini ed annullando per quanto possibile ogni spinta di tipo corporativo. Successivamente, nel 1724, un nuovo provvedimento, fedele a un modello di decentramento già sperimentato in altri settori dell'amministrazione prussiana[21], rese più capillare questa struttura di controllo con la fondazione per territori più ristretti dei cosiddetti *Consilia medica* dotati di funzioni analoghe a quelle del Collegio, nel frattempo elevato alla dignità superiore di *Oberkollegium Medicum*[22].

I contenuti e le finalità delle misure predisposte dal sovrano prussiano servirono probabilmente d'orientamento agli altri governi europei, che, anche a distanza di diversi decenni, affrontarono gli stessi problemi.

Limitatamente alla penisola italiana è particolarmente significativo il caso della Lombardia dove, per volontà di Maria Teresa, si pubblicava nel 1774 il *Regolamento generale della Facoltà medica* [di Pavia] con cui venivano istituiti un unico Collegio medico e soprattutto un Direttorio. Quest'ultimo,

19 DORWART, 1958(b).

20 DORWART, 1958(a).

21 SCHIERA, 1968.

22 DORWART, 1958(b); STEUDEL, 1971.

formato inizialmente da Giuseppe Cicognini, Pietro Moscati e Guglielmo Patrini doveva subentrare al Protofisico e procedere in luogo dei collegi cittadini, all'esame di tutti i nuovi individui medici in possesso di regolare titolo di studio e, se ritrovati idonei, al rilascio delle autorizzazioni ad esercitare[23].

Altrove, invece, l'opposizione esercitata dai preesistenti collegi medici cittadini, schierati in difesa dei loro privilegi[24], portò a soluzioni di compromesso; l'autorità di approvazione restò pur sempre nelle loro mani, ma nel rispetto di quei requisiti, fissati per legge, giudicati indispensabili per accedere alla professione. È esattamente quanto accadde in Toscana, dove il 15 marzo 1781 venne pubblicato un rescritto col quale, pur riconoscendosi al Collegio Medico Fiorentino l'autorità di procedere a nuove immatricolazioni, si fissavano le condizioni per abilitare chiunque all'esercizio della professione medica: il possesso del legittimo titolo di studio, la pratica di almeno due anni condotta presso qualche più anziano e preparato medico e un esame in volgare sostenuto sulle cinque materie di medicina teorica, medicina pratica, chimica, anatomia e farmacia[25].

Nell'uno e nell'altro caso i provvedimenti si richiamavano ad un'inevitabile e radicale trasformazione dell'ordinamento degli studi universitari, perseguita tanto in campo medico quanto negli altri settori della formazione accademica[26]. È significativo il fatto che, nella seconda metà del secolo XVIII, gran parte delle Università europee siano state interessate

[23] MALAMANI, 1979. Dell'organizzazione sanitaria nella Lombardia austriaca si occupano nuovamente MALAMANI, 1982 e PARMA, 1985(a). Per il secolo XIX resta ancora valido, invece, il lavoro di SANDONÀ, 1912, in particolare le pp. 180-195.

[24] Il conflitto d'interessi innescatosi nel corso del Settecento fra Studi universitari e Collegi professionali cittadini è efficacemente descritto nel caso di Milano da BRAMBILLA, 1982.

[25] BRAU, 1990.

[26] SAVELLI, 1994.

da progetti di riforma. Da Vienna[27] a Salamanca[28], da Parigi[29] a Pavia[30], non solo s'introdussero nuovi insegnamenti nei programmi delle facoltà mediche, ma si modificarono anche il modo d'apprendere grazie al diverso valore assegnato all'osservazione diretta dei malati in luogo della sola e pura teoria[31].

Si voleva così contribuire, da una parte, ad edificare il primato della classe medica non più sulla base di un monopolio dogmatico quanto, piuttosto, su quella di una più ampia e approfondita preparazione acquisita grazie ad uno specifico corso di studi di più lunga durata e, dall'altra, sostenere attivamente, in ragione delle nuove finalità amministrative e dei cambiamenti sopraggiunti nell'ambito dell'impostazione delle *discipline medico-scientifiche*, quel *principio* secondo cui occorreva fondere teoria e pratica sia nella figura del medico sia in quella di tutti gli altri operatori sanitari[32].

[27] Della riforma dell'università viennese, progettata fin dalla metà del Settecento dal van Swieten (BRECHKA, 1970), si occupa LESKY, 1970(a). Per quanto riguarda invece, più in generale, le relazioni della scuola medica viennese con altre scuole europee si veda *Wien und die Weltmedizin*, 1974. Per quanto riguarda infine la riforma universitaria in Austria nella seconda metà del Settecento si veda REINALTER, 1982.

[28] Sulla riforma settecentesca dell'università salamantina e più in generale di quella spagnola si vedano GRANJEL, 1979; PESET M.-PESET J.L., 1974; PESET M.-PESET J.L., 1975; PESET M.-PESET J.L., 1983; ALBIÑANA, 1988.

[29] L'insegnamento della medicina a Parigi è stato studiato da ACKERKNECHT, 1986.

[30] Per quanto riguarda la riforma della facoltà medica pavese alcune utili indicazioni sono fornite da GUDERZO, 1982 e da ZANOBIO, 1973. Sull'altra grande facoltà medica del nord Italia, quella di Padova, si veda, invece, BERTOLASO, 1958-59.

[31] Sulla scia di Leida, dove Boerhaave aveva fondato una cattedra di clinica medica nel 1714, era sorta a Vienna nel 1754, ad opera di Gerard van Swieten, la prima scuola di clinica nell'ospedale cittadino. Un corso analogo venne in seguito inaugurato anche a Padova nel 1764, dove, peraltro, già in passato era stata avvertita la necessità di dar vita a simili insegnamenti (VANZAN MARCHINI, 1995, p. 161).

[32] Di simile idea si fa portavoce, ad esempio, GILIBERT E., 1777 che denuncia lo stato di degrado dell'assistenza medica causato, a suo dire,

In questo clima maturò anche una diversa considerazione nei confronti della chirurgia: da arte vile e meccanica quale era reputata nei secoli passati, iniziò ad acquistare, proprio nel corso del Settecento, una sua autonoma dignità[33]. L'inaugurazione di appositi insegnamenti universitari all'interno dei corsi di medicina[34], la nascita di vere e proprie accademie di chirurgia[35] e la comparsa già sul finire di questo secolo della nuova e per certi versi rivoluzionaria figura del medico-chirurgo, sottolineano il processo in atto e la progressiva riduzione di quella profonda frattura che per secoli aveva relegato la chirugia stessa in posizione di subalternità rispetto alla più nobile arte della medicina[36]. Va detto, peraltro, che il cambiamento si riconduce non solo ai nuovi spunti di conoscenza elaborati grazie al contributo delle tante scoperte nel campo dell'anatomia patologica, ma anche al diverso atteggiamento, come si dirà più avanti, maturato nei confronti della malattia. L'aspettativa riposta in una medicina interventista, ossia capace non solo d'interpretare ed assecondare le manifestazioni patogene del corpo, ma anche di precorrerle e di correggerle, avrebbe trasferito questo ideale d'azione sulla chirurgia, l'unica in grado di porla realmente in essere.

dalla scarsissima preparazione di molti medici e dalla libertà d'intervento consentita a persone non qualificate (COLOMBERO, 1988). A tale riguardo si veda anche BRAMBILLA, 1984.

[33] Un importante passaggio è la fondazione a Londra nel 1800 del primo Collegio Reale di chirurghi (ACKERKNECHT, 1977).

[34] Un esempio significativo è quello studiato da IMBAULT-HUART, 1975.

[35] In simile contesto acquista particolare rilievo la figura del pavese Giovanni Alessandro Brambilla (1728-1800), chirurgo personale dell'imperatore Giuseppe II, ma soprattutto istruttore di chirurgia presso l'Accademia chirurgica di Vienna ospitata dallo stesso sovrano presso il nuovo grande ospedale (*Giovanni Alessandro Brambilla*, 1980). Fra i numerosi meriti scientifici riconosciuti al Brambilla vi è la compilazione di un «Instrumentarium chirurgicum», concepito come utile mezzo per diffondere fra i chirurghi la conoscenza dello strumentario chirurgico e presentarne un quadro il più possibile completo e sistematico (BELLONI, 1971).

[36] Lo sviluppo della chirurgia come scienza medica è stato studiato nel caso francese e a più riprese da GELFAND, 1980(b); GELFAND, 1980(a); GELFAND, 1984.

Altro mezzo che avrebbe contribuito al consolidamento di quello che, per semplicità, possiamo indicare come il primato medico appare la definizione e l'imposizione di una ben precisa deontologia professionale. Accanto ai codici di comportamento, o per meglio dire ai «galatei» che fissavano le norme di condotta interne alla categoria[37], fecero la loro prima comparsa veri e propri regolamenti statali che elencavano, assieme ai diritti, gli inderogabili doveri del medico. Costui, in forza stessa della sua preparazione scientifica, non era solo tenuto ad assicurare la necessaria ed insostituibile assistenza agli infermi, ma era chiamato altresì a collaborare con gli organi di governo nel compito, giudicato fondamentale, di studiare attentamente la realtà e ricercare tutti quei disordini che, secondo le convinzioni del tempo, attentavano all'integrità fisica della popolazione e minavano alla base la futura prosperità della nazione[38].

È ancora una volta la normativa teresiana ad offrire un valido esempio in tal senso. La *Sanitätshauptnormativ* del 2 gennaio 1770[39], frutto del più ampio disegno riformatore promosso dai già citati Gerard van Swieten e Josef Sonnenfels, affidò, infatti, al medico sia il compito di curare i malati secondo le più esatte cognizioni, sia quello di dedicarsi attivamente alla salvaguardia della salute pubblica attraverso la raccolta di tutti quei dati informativi indispensabili alla definizione degli interventi più necessari[40]. Successivamente, nel

[37] Si veda a titolo d'esempio PASTA G., 1791 e GREGORY, 1795. Molto noto era inoltre KNIPS-MACOPPE, 1795, ripetutamente edito nel corso dell'Ottocento. Di questa nuova etica medica e dei suoi risvolti sociali si occupa WADDINGTON, 1975.

[38] ANGELI, 1793 (edito successivamente nel 1812 e nuovamente nel 1825), sostenne espressamente il principio secondo il quale il medico, prestandosi alla cura della popolazione, non agiva per solo spirito filantropico, ma anche per favorire l'economia pubblica, «giacché l'uomo – come avrebbe sottolineato anche BASEVI, 1826, p. 17 – più è sano più è laborioso». Questi ed altri principi si ritrovano in BEROALDI, 1858.

[39] LESKY, 1970(b).

[40] Il testo della «Normativ» in questione, che, di fatto, riorganizzava organicamente le disposizioni in materia già emanate fino ad allora (cfr. LESKY, 1959), lo si può consultare in MACHER (ed), 1869, I, pp. 111-129.

Granducato di Baden, l'ordinanza (*Medizinalordnung*) del 1806 assegnava la responsabilità di ufficiali della salute pubblica (*die Stellung von öffentlichen Gesundheitsbeamten*) a quanti fossero stati occupati nel settore medico-sanitario (medici, chirurghi, levatrici e farmacisti)[41].

Si voleva, in altri termini, ottenere il coinvolgimento di più soggetti nell'accurata e generalizzata indagine sui numerosi fattori, soprattutto ambientali[42], ritenuti in grado di incidere sull'andamento della salute umana. Solo disponendo, infatti, di un quadro completo e costantemente aggiornato della situazione reale, con esatte informazioni, ad esempio, sull'evolversi della temperatura atmosferica[43], sull'andamento del tempo, sull'incidenza delle varie malattie e sul numero dei nati e dei morti, si poteva pensare di pianificare di volta in volta gli interventi, contribuendo contemporaneamente al loro buon esito.

«Le più esatte notizie di statistica medica – scriveva Vincenzo Rachetti nell'opera citata in apertura – si richieggono onde conoscere previamente i bisogni tutti d'una nazione in fatto di salute, per tentar quinci di provvedervi»[44].

A tal fine era però necessario promuovere una pratica descrittiva la più uniforme possibile, mutuata ed in parte anticipata dalle numerose topografie mediche pubblicate a partire dalla prima metà del XVIII secolo[45], comunque organizzata in modo tale da ridurre, entro limiti accettabili, gli

41 SPREE, 1988, p. 161.

42 A questo interesse, legato alla forte ripresa dei temi ippocratici, si può ricondurre anche la nascita di una medicina «ambientale» cui non è estranea neppure l'indagine ramazziniana sulle malattie dei lavoratori (JORDANOVA, 1979).

43 La raccolta di questi dati procede evidentemente di pari passo con la messa a punto di strumenti idonei alla loro raccolta. Si veda sull'argomento MIDDLETON, 1969.

44 RACHETTI, 1802, p. CXVIII.

45 Sulla storia e l'importanza delle topografie mediche si vedano i saggi di FISCHER, 1924; GRMEK, 1963; BRÜGELMANN, 1982; PETER, 1989.

inevitabili errori legati a valutazioni soggettive e da permettere, in virtù anche di un più ampio ricorso agli strumenti matematici[46], utili esami congiunti, per zone e periodi diversi, di tutte le informazioni reperite.

Il medico, infine, deteneva la responsabilità, oltre che della rilevazione «statistica» dei dati, anche di una sorta di sorveglianza: la legittimazione della sua posizione al vertice della piramide sanitaria gli imponeva un assiduo controllo sulla condotta degli altri operatori e la verifica dell'esatta applicazione delle norme emanate. Da qui, pertanto, la necessità di promuovere una loro distribuzione sul territorio sempre più capillare e di attribuirgli responsabilità politico-amministrative sempre più precise.

Un primo strumento per soddisfare entrambi i bisogni apparve il passaggio alla fase esecutiva del progetto di attivare un'ampia rete di condotte mediche, in grado di favorire anche una maggiore permeabilità delle popolazioni rurali ai contenuti del discorso medico-scientifico. È sintomatico come in Lombardia, fra le principali azioni promosse dal Direttorio medico, vi fosse stato proprio lo svolgimento di un'inchiesta sulla distribuzione delle condotte foresi in rapporto con le reali necessità di assistenza delle popolazioni delle comunità[47]. I presupposti dai quali mosse quell'inchiesta si trovano chiaramente espressi già in un promemoria di Giuseppe Cicognini datato 31 agosto 1769:

«Lo stabilimento delli medici e chirurghi salariati nelle condotte di campagna è stato dimostrato di somma importanza nelle relazioni della commissione, poiché i principali borghi sono destituiti di quest'assistenza, e così quasi tutta la campagna: molte sono le terre che non stipendiano né medici né chirurghi, in molte altre si fa la elezione di questi da qualche predominante feudatario o possessore, in altre dalli soli deputati, in altri dalli soli estimati, ma in tutte queste condotte la tenuità delli salari determina solamente qualche soggetto imperito o poco capace ad abbracciare il servigio onde si

[46] LEPENIES, 1991, pp. 193-218.

[47] SORESINA, 1989, p. 303.

moltiplicano gl'inconvenienti, il risultato de' quali si è il pericolo della *pubblica salute*»[48].

Un primo e dettagliato piano di condotte mediche per la Lombardia, cui dedicò alcune sue belle osservazioni anche il Beccaria[49], fu elaborato di lì a poco negli anni ottanta[50], mentre, pressoché contemporaneamente, si parlò anche in Francia di un sistema territoriale di «médecins fonctionnaires à la fois practiciens et hygienistes»[51].

[48] ASM, *Sanità* p.a., cart. 186.

[49] BECCARIA, 1958, *Sul regolamento.*

[50] Se ne occupa per il territorio pavese MALAMANI, 1980. «Nella distribuzione delle condotte si sarebbe dovuto considerare il territorio dello Stato globalmente come un 'punto solo' da dividersi in compartimenti, le condotte appunto, senza tener conto delle suddivisioni in provincia, pievi, ecc. Ogni residenza di condotta (dove il medico abitava) doveva esser fissata, di concerto con il Magistrato camerale, nelle località ritenute più 'idonee e convenienti' in rapporto alla possibilità di aggregazione delle comunità vicine: alle residenze andava unita la parte di territorio 'la più congruente, la più finitima, e la più comoda': dalle condotte restavano escluse tutte le zone intorno alle città fino a due miglia. Su una popolazione di circa 800. 000 anime distribuite in 1456 comunità venivano, dunque, proposte 120 condotte. Nelle zone montuose e collinari se ne sarebbero potute istituire 40 del tipo medico-chirurgico, in considerazione dei disagi di varia natura che il 'professore' avrebbe dovuto sopportare, oltreché della povertà in genere degli abitanti che non avrebbero potuto permettersi di corrispondere lo stipendio a due persone; 80 invece, del tipo medico e chirurgico, avrebbero dovuto essere distribuite nel 'pian paese'. Tutte quante però dovevano essere di due 'classi', cioè di maggiore e di minor 'premio': di quelle di pianura solo 30 avevano il 'premio' più alto, le altre 50 lo avevano più basso rispetto a tutte quelle di montagna, misura questa che mirava certo ad incoraggiare l'assunzione dell'impegno da parte del medico nelle zone particolarmente disagiate» (p. 308).

[51] Secondo il progetto redatto nel 1791 dal Comité de salubrité, «le première esquisse cohérente d'un systéme de médecins», le città con più di 4000 abitanti dovevano contare uno o più «médecins des pauvres», mentre le altre comunità, o aree rurali, dovevano essere servite da un medico cantonale, eletto a vita, incaricato di assistere la popolazione e di sorvegliare lo stato igienico locale. Sia gli uni che gli altri erano anche tenuti a redigere un rapporto trimestrale, «une sorte de petite topographie médicale», in cui riportare varie osservazioni ed eventuali denunce di irregolarità (LEONARD, 1978, pp. 215-216). Sul tema si veda anche GOUBERT, 1979.

Per lo più medici, infine, sono coloro cui vennero affidati tutti quegli incarichi speciali introdotti nel corso del Settecento per svolgere direttamente al servizio dello stato l'inderogabile sorveglianza nel settore della sanità o, più semplicemente, coloro che furono insediati in luogo dei «politici» all'interno dei vecchi Uffici o Tribunali di sanità. Così se a buon titolo i Magistrati di sanità sembrano rappresentare un primo esempio di uffici pubblici con competenze di tipo sanitario[52], la loro apertura a più folte rappresentanze mediche, gli stessi *Consilia Medica* istituiti da Federico di Prussia, i funzionari medici creati in Austria per interessamento del van Swieten[53] o i vari organismi medici nazionali sorti un po' ovunque in tutta Europa testimoniano, da una parte, la progressiva crescita dell'iniziativa statale in questo settore e, dall'altra, la grande autorevolezza oramai raggiunta dalla classe medica nella definizione di qualsiasi intervento finalizzato alla salvaguardia della salute pubblica.

Per quanto riguarda gli organismi medici nazionali l'esempio più noto e meglio studiato è costituito senza dubbio dalla Società reale di medicina di Parigi, fondata da Luigi XVI nel 1776. Formata inizialmente da otto membri, poi elevati a quattordici, quest'istituzione doveva, nelle intenzioni dei suoi ispiratori e fondatori, contribuire sia al rinnovamento del sapere medico, sia all'acquisizione da parte governativa di una maggiore efficacia operativa grazie all'attivazione di una vasta rete di sorveglianza socio-sanitaria

[52] Si veda in proposito CIPOLLA, 1973, ora riproposto in CIPOLLA, 1986. Il tema è ulteriormente trattato da CIPOLLA, 1976. Simili uffici si svilupparono in Italia prima che in altre parti d'Europa, dove giunse a godere di particolare prestigio l'Ufficio di sanità di Marsiglia, sorta di osservatorio privilegiato sulla situazione sanitaria dell'intero bacino mediterraneo (HILDESHEIMER, 1980). Non si ha testimonianza, invece, di tali organismi in Inghilterra (SLACK, 1989).

[53] Il progetto del van Swieten, come si avrà modo di vedere anche per il Trentino nel secolo XIX, prevedeva l'insediamento in ogni circolo e distretto giudiziale rispettivamente di un medico circolare e di un medico distrettuale incaricati di collaborare con le autorità politiche nella conduzione degli affari di sanità. Inoltre per ogni provincia era prevista l'istituzione di un protofisico (cfr. SLEZAK, 1956, in particolare le pp. 19-28).

formata dai vari medici-corrispondenti della società stessa sparsi sul territorio[54].

L'affermazione e il consolidamento del primato della conoscenza medico-scientifica non vanno, peraltro, disgiunti da un ben più ampio e articolato disegno educativo e moralizzatore teso a correggere quelle che erano considerate le cattive abitudini di vita del popolo[55].

Opere più o meno note, quali gli *Avis au peuple sur sa santé* di Samuel August Tissot[56], tradotta in varie lingue, nonché i tanti almanacchi che nello stesso periodo riformulavano i propri contenuti[57], non sono che un segno fra i più evidenti di una simile tendenza che trovava ancor più concreta espressione sia nella definizione e nel potenziamento dei programmi d'istruzione scolastica[58], sia nella pubblicazione di nume-

[54] Sulla 'Société royale de médecine' si veda HANNAWAY, 1974 e GILLISPIE, 1983, pp. 237-247. Tre anni prima, nel 1773, veniva fondata anche la Società medica di Londra (*The medical society*, 1972).

[55] MUCHEMBLED, 1978 interpreta questo processo come un fenomeno di repressione iniziato fin dal XVII secolo e proseguito poi nel XVIII.

[56] TISSOT, 1761. La prima edizione italiana comparve a Venezia cinque anni dopo nel 1766. Insieme a JOUBERT, 1578 (comparso per la prima volta in italiano nel 1592) vanno segnalati MERCURI, 1645 e PRIMEROSE, 1664. Fra gli altri è da ricordare RICHERAND, 1810, per l'interessante analisi proposta da ZEMON DAVIES, 1979, pp 339-348.

[57] Gli studi sugli almanacchi e più in generale sulla produzione di stampa a destinazione popolare, fra cui lunari e calendari, sono stati al centro di molteplici interessi soprattutto in Francia dove sono comparsi numerosi e sistematici studi sull'argomento con riferimento specialmente ai secoli XVIII-XIX. Si vedano, ad esempio, BOLLEME, 1969; BOLLEME, 1971; BOLLEME, 1975(a); BOLLEME, 1975(b); MANDROU, 1964; MUCHEMBLED, 1978; BROCHON, 1954; BARBÈ, 1985 e più recentemente CHARTIER 1982 e CHARTIER, 1988. Anche altrove gli almanacchi sono stati oggetto di studio e approfondita indagine: si vedano ad esempio il quadro della stampa popolare tedesca tracciato da LANCKORONSKA-RÜMANN, 1954, quello della stampa popolare inglese affrontato da CAPP, 1979, i saggi di SCHENDA, 1986 e non ultimo SOLARI, 1989, pp. VIII-LXIII. Per ulteriori informazioni critico-bibliografiche si veda inoltre CUAZ, 1984, mentre per quanto riguarda gli almanacchi trentini del Settecento si rinvia a DELL'ANTONIO, 1950.

[58] Bisogna ricordare, a tal proposito, che il 6 dicembre 1774 veniva pubblicato a Vienna il 'Regolamento' teresiano che specificava in modo

rose normative volte a eliminare determinate usanze ritenute causa di malattie, ma anche di gravi infortuni. Si puntava, in altri termini, a ridefinire il *regimen sanitatis* della popolazione sulla base di regole e comportamenti dettati da un'interpretazione esclusivamente medico-scientifica della realtà.

Ma quali sono, è legittimo chiedersi, le interpretazioni di valore che uniscono e separano, sovrappongono e distinguono e, ancor più, conducono e subordinano, in differenti condizioni socio-economiche e separati ambiti socio-culturali, il termine «vita» al termine «salute»? Cosa intendere per regole di vita o per regole sanitarie quando si vogliono valutare la stretta connessione esistente fra le une e le altre e la ricchezza di sfaccettature che le stesse regole possono assumere in contesti ed epoche diversi? Oltretutto varia non solo il contenuto ma anche la loro portata.

Un fatto è parlare di regola in un sistema normativo definito da leggi scritte e tutelato dalla sorveglianza esercitata sulla loro osservazione da organismi istituzionali, un fatto è parlare di regola in un sistema normativo affidato alla trasmissione orale di una tradizione e salvaguardato da una identità comune che questa esprime. Nell'uno e nell'altro caso ogni discorso potrebbe anche limitarsi a determinare, singolarmente e separatamente, le ragioni che mentre giustificano per l'autorità di governo l'introduzione e l'imposizione di alcune norme, spiegano, ad esempio, per il membro di una qualsiasi comunità rurale l'adozione «volontaria» e apparentemente impropria di altre. Una simile impostazione, tuttavia, lascerebbe irrisolti numerosi problemi. Una così netta separazione tra ambito popolare e ambito istituzionale, dove teoricamente ognuna delle parti rispetta all'infinito le proprie ragioni e i propri interessi, eluderebbe infatti ogni legittimo dubbio sull'esistenza di processi d'interazione e scambio fra questi due piani e in entrambe le direzioni. Al di là di un'interpretazione che, sulla base di fonti non diversificate,

particolareggiato i caratteri dell'istruzione pubblica. Si trattava più precisamente dell'*Ordine generale per le scuole normali, principali ed ordinarie*, 1985.

privilegia la sola ipotesi dello scontro, è impensabile non presupporre una con-fusione di elementi che condizioni l'istituzione nella scelta delle modalità di intervento e le persone nella decisione del tipo di risposta da adottare in alcuni frangenti.

Nella cultura tradizionale di una qualsiasi comunità rurale assumono grande importanza le immagini e i comportamenti, storicamente determinatisi, suggeriti dal paesaggio in cui essa è inserita. Ma lì dove la medesima tradizione culturale assiste il singolo individuo, suggerendo i modi per convivere il più armonicamente possibile con l'ambiente circostante, la normativa statale stabilisce una serie di comportamenti spesso estranei alla cultura del medesimo individuo poiché rispondenti ad altra scala di valori, con diversi obiettivi di carattere politico, amministrativo e finanziario. In quale misura, allora, un simile intervento ha contribuito irreversibilmente a frazionare e smembrare, senza sostituirlo in tutto e per tutto, un organico e funzionale sistema di credenze, rappresentazioni e valorizzazioni della realtà spaziale in cui si collocano la persona e la comunità di appartenenza? Ossia, in che dimensioni ha determinato la disarticolazione di un ricco ed efficace complesso di risposte, ad esempio nella sfera terapeutica, cui sono sopravvissuti solo pochi elementi, spesso semplicisticamente giudicati, oggi come allora, espressione nella loro frammentarietà di ignoranza e superstizione? E infine entro quali limiti le autorità governative e per esse i medici hanno saputo cogliere, al contrario, il contenuto talora positivo di una «sapienza» maturata attraverso l'esperienza quotidiana?[59]

[59] Il nuovo *Piano di regolamento del direttorio medico-chirurgico* di Pavia, del 1788, ammetteva la possibilità che «qualche particolare» potesse possedere dei «metodi di guarire alcune specie di malattie, la perfezione dei quali sorpassi di molto quella de' metodi conosciuti»: in tal caso la tecnica curativa doveva essere sottoposta ad accertamenti per verificarne l'efficacia e successivamente pubblicizzata (PARMA, 1985). Identico atteggiamento fu suggerito anche in altri contesti come testimoniato da BERCÉ, 1983, p. 101. Nel 1808 il direttorio luterano di Strasburgo incoraggiava i propri pastori ad occuparsi con maggiore attenzione della medicina popolare: «Il circule dans bien des familles, surtout dans les basses classes de la société, certains préservatifs et remèdes, des onguen-

Restano per ora interrogativi aperti cui è impossibile dare una risposta precisa senza aver prima indagato dettagliatamente l'azione svolta da ogni governo e soprattutto senza aver prima ricostruito, pur nella povertà di fonti, i contenuti di questo complesso ed articolato patrimonio di conoscenze empiriche la cui esistenza, in ambiti quali quello terapeutico, continua ad emergere ancor oggi[60]. Sicuramente col tempo lo sforzo prodotto dalle autorità di governo per imporre precise regole di comportamento, ha contribuito a diffondere fra la popolazione nuovi atteggiamenti, ma la permanenza di altri, suggeriti fors'anche da condizioni oggettive e dalla necessità di salvaguardare il precario equilibrio di un'economia di sussistenza, continuerà a mostrare la vitalità di una particolare concezione di salute legata ad altri valori esistenziali. Non sfugge, infatti, come il diverso *regimen sanitatis*, che i numerosi provvedimenti legislativi contribuiscono a definire, trovi i propri principi ispiratori in quell'insieme di abitudini di vita proprie di un'emergente classe borghese e al quale si lega ancor oggi una certa visione del personale *stato di benessere*[61].

ts, des elixirs que l'on se communique en secret et qui passent de père en fils, *et plus encore de mère en fille, comme une partie précieuse de la* succession... Telle pratique usitée parmi le peuple pourrait conduire l'homme de l'art à d'importants résultats et la grande découverte de la vaccination en est une preuve bien memorable». Simile apertura, d'altronde, era stata teorizzata in più ampi termini dallo stesso VICO, 1987, La *scienza nuova*, p. 70, il quale individuava fra i principali compiti della nuova scienza, per l'appunto, anche quello di svelare la verità contenuta nel patrimonio culturale del popolo: «Le tradizioni volgari devon aver avuto pubblici motivi di vero, onde nacquero e si conservarono da intieri popoli per lunghi spazi di tempo. Questo sarà altro grande lavoro di questa scienza di ritrovare i motivi del vero, il quale, col volger degli anni e col cangiare delle lingue e costumi ci pervenne ricoverto di falso».

[60] Fra i numerosi titoli si vedano per la Francia BOUTELLIER, 1966; LOUX, 1975; LOUX-RICHARD, 1978. Per la penisola italiana *L'erba delle donne*, 1979; CAMPORESI (ed), 1981; *Medicina popolare*, 1983; MERHART, 1988; RENZETTI-TAIANI, 1988; SEPPILLI (ed), 1989.

[61] La fitta trama di elementi che contribuisce a dar forma ad una simile concezione di salute è ricostruita attraverso vari temi guida (concezione del tempo, aria, acqua, alimentazione, percezioni visive e uditive, violenze e sofferenza) da LEONARD, 1986. Si vedano inoltre COLEMAN, 1974, e LABISCH, 1992.

In definitiva la dottrina medico-scientifica sembrava farsene inteprete e portavoce.

2. *Il nuovo fronte della prevenzione*

Altro aspetto rilevante della politica sanitaria settecentesca è sicuramente l'individuazione e l'adozione da parte governativa di tutti quegli accorgimenti consigliati dai teorici della polizia medica[62] per eliminare preventivamente le tante cause di danno per la salute dei propri amministrati[63].

Prima fra tutte il «miasma», indicato, ancora nel corso della prima metà del secolo XIX e fino alla rivoluzione pasteuriana, come il maggiore responsabile dei più gravi mali epidemici[64]. Favorito da particolari condizioni atmosferiche, se-

[62] Il termine di polizia medica ricorre già in uno scritto del medico Ludwig von Hörnig del 1638, intitolato per l'appunto *Politia medica* (cfr. FISCHER, 1933, I, pp. 323-328).

[63] Riferimento d'obbligo è FRANK, 1779-1821, la cui traduzione in italiano iniziò fin dal 1786 col titolo di *Sistema compiuto di polizia medica*. Una nuova edizione italiana in nove volumi, nella traduzione curata dal medico trentino Giovanni Battista Garzetti (BCT, ms 2804, «Sistema completo di polizia medica di Giovan Pietro Frank recato dal tedesco in italiano da G.B. Garzetti») fu edita a Milano fra il 1807 e il 1808 da Pirotta e Maspero, mentre nel 1830, lo stesso editore, si preoccupò di far pubblicare un'ulteriore edizione in dieci volumi, con la traduzione degli aggiornamenti curata da Giovanni Pozzi, allora direttore dell'Istituto di veterinaria di Milano. Sarebbe, dunque, infondata l'attribuzione a quest'ultimo dell'intera traduzione dell'opera, così come affermato da WÜRZBACH, 1858, IV, pp. 320-323.
Giovanni Battista Garzetti, nato a Trento nel 1782, studiò medicina a Padova e a Vienna e si laureò ad Innsbruck nel 1805. Esercitò dapprima la sua professione a Milano e a Pavia e quindi come medico condotto a Lavis (TN) dal 1809. Tra il luglio 1814 e l'aprile 1815 ricoprì interinalmente la carica di Protomedico del Tirolo (AVW, *Hofkanzeleiakten, IV. Innere politische Enrichtungen, L. Sanitätssachen*, Fasz. 971). Nel 1822 ottenne infine l'insegnamento di storia presso il Liceo di Trento. Morì a Trento nel 1839 (LABUS, 1840). Sulla fortuna del *Sistema compiuto di polizia medica* si vedano BAUMGARTNER-MAPELSDEN RAMSEY, 1933, e LESKY (ed), 1976. Più in generale, invece, per la comprensione del rapporto fra sviluppo della scienza medica e nuova disciplina medico-politica, è utile BARTHEL, 1989.

[64] Di miasma si discusse ancora nell'adunanza della sezione chimica del

condo la più classica tradizione ippocratica[65], il miasma era ritenuto consistere fondamentalmente in un'alterazione dell'aria suscitata dalle tante esalazioni putride e maligne sprigionantesi dalla terra, dalle sostanze vegetali ed animali in decomposizione e dai corpi umani stessi.

Il grande timore ispirato dal miasma trovava ulteriore fondamento nella diffusa convinzione che per suo tramite si potessero sviluppare fra la popolazione anche le più pericolose malattie di carattere contagioso[66].

L'infezione insorta nell'uomo a causa dell'«aria alterata nella sua miscela e qualità» poteva, infatti, evolversi e originare quegli impercettibili *animalcula* in grado di trasmettere la malattia da un individuo all'altro per mezzo del semplice contatto diretto o indiretto. Nella prima metà del XIX secolo, in concomitanza con il diffondersi di manifestazioni morbose quali la febbre gialla e il colera, si aprì anche in Europa un lungo contenzioso fra gli opposti sostenitori delle teorie contagionista ed anticontagionista[67]. Le argomentazioni avanzate dagli uni e dagli altri, legate secondo lo studioso Ackerknecht soprattutto alla diversità delle posizioni politico-ideologiche[68] di partenza, non risolsero, però, né lo potevano, la

settimo congresso degli scienziati italiani, tenuto a Napoli nel settembre del 1845. In quell'occasione si affrontò il problema della sua natura, gassosa o organica animale. L'orientamento predominante fu a favore di questa seconda ipotesi (*Atti della settima adunanza*, 1846, I, pp. 356-359). È noto d'altronde come «al tempo del *Report on the sanitary conditions of the labouring population* di Sir Edwin Chadwick (1842) la teoria prevalente nei migliori circoli medici [inglesi] era ancora quella miasmatica» (CIPOLLA, 1988, p. 17).

[65] «Quoniam non solum ex varietate aeris diversis temporibus anni naturales generantur morbi, sed etiam morbi fiunt ad aeris mutatione quocumque tempore anni, qui regulariter eo tempore non fuissent nati, satis constat, non oriri morbos praeprimis ab influxu siderum, sed ex quadam in aere nata mutatione» (DE GORTER, 1747, I, p. 137).

[66] Di miasma e contagio si occupa in un vecchio studio HENLE, 1938.

[67] Nella controversia sulla contagiosità o meno della febbre gialla intervenne, ad esempio, il medico toscano PALLONI, 1824. Degli aspetti più generali della polemica si occupa, invece, SUSSMANN, 1971.

[68] ACKERKNECHT, 1948.

contesa. La totale ignoranza dei possibili meccanismi di trasmissione delle malattie da un individuo all'altro non permetteva, infatti, d'indicare concretamente i modi attraverso i quali poter distinguere i casi di «contagio» da quelli di semplice «infezione»[69]. Ad ogni modo l'ipotesi del contagio[70], sostenuta già nella prima metà del Cinquecento da Girolamo Fracastoro per spiegare la rapida ed incontrollata diffusione della sifilide[71], tanto invisa o sostenuta, a seconda dei casi, anche per i sottesi richiami ai valori di uguaglianza sociale insiti nel principio del pari rischio di fronte alla malattia, era andata via via rafforzandosi nel corso del Settecento anche all'interno della componente medica ufficiale.

[69] PALLONI, 1824, pp. 84-86 così spiegava le differenze fra infezione e contagio: «Che nella infezione propriamente detta la causa della malattia è nell'aria alterata nella sua miscela e qualità: che nei contagi essenziali la causa del morbo è negl'individui o nelle sostanze che tengono nascosto il seminio contagioso.
Che nella infezione si cade ammalati vivendo in luoghi insalubri, e respirando quell'aria infetta da esalazioni mefitiche, che dall'azione dei venti possono essere trasportate a distanza, e fino alle sovrapposte colline, e cagionarvi le stesse malattie: che nel contagio la malattia non si prende se non che toccando la persona o la roba contagiata, o avvicinandosi di troppo all'individuo ammalato.
Che nella infezione le persone e le robe non possono trasportarla e comunicarla altrui: che nel contagio gl'individui e le sostanze suscettibili possono trasmettere il *virus* e comunicare altrui la malattia a qualunque lontananza, quando si trovino in circostanze di località e di temperature atte a svilupparlo.
Che nella infezione è inutile il limitare con cordoni sanitari la località infetta, ed isolare i malati, perché essendo la causa nell'aria non si può questa facilmente circoscrivere: che nel contagio, essendo esso nelle persone e nelle materie, comunicandosi il male soltanto col contatto, o con la prossimità del malato, e non essendone l'aria il veicolo, perciò il luogo ove qualsiasi manifestato può limitarsi e circoscriversi con i mezzi e le cautele sanitarie, ancorché si trattasse di una sola casa o persona. Da ciò l'istituzione e l'utilità dei Lazzaretti.
Che nella infezione per far terminare la malattia è necessario correggere e rimuovere le dannose esalazioni e tutte le cause locali che hanno indotto un'alterazione nell'aria atmosferica: che nel contagio per arrestarlo ed estinguerlo fa d'uopo isolare, dividere, limitare, e poi agire sopra di esso nelle persone e nelle materie in cui si è introdotto, con i riconosciuti mezzi anti-contagiosi».

[70] EHRARD, 1957.

[71] QUETEL, 1986. Allo stesso FRACASTORO, 1546, si deve un trattato sul concetto di contagio.

Di qui, infine, all'eventualità che alcune delle più gravi malattie degli animali potessero comunicarsi anche all'uomo il passo era breve[72].

Fra le strategie utili a prevenire il miasma e già sperimentate nel passato per fronteggiare i periodici assalti della peste bubbonica si riproponeva con rinnovata energia la pratica della ventilazione. Grazie ad essa si credeva fosse possibile ristabilire l'elasticità e la qualità antisettica dell'aria compromesse dalle tante fonti di impure esalazioni concentrate soprattutto in ambiente urbano. In altri termini, ricorrendo a un modello interpretativo fornito dal funzionamento dell'organismo umano, l'aria, e con essa anche la luce, dovevano circolare nell'ampio reticolo di vie e piazze della città-macchina nello stesso modo in cui il sangue, attraverso i vasi arteriosi e venosi, giungeva ad irrorare tutto il corpo[73].

Occorreva, pertanto, aprire la città, come d'altronde ogni più piccolo centro abitato, ai flussi d'aria[74], ma occorreva

[72] Scrive, ad esempio, Antonio Vallisneri ancora all'inizio del Settecento: «Non dobbiamo tanto fidarci, che i vermi contagiosi di un animale possano essere, alcuna fiata, anche propri dell'uomo. Non mi fiderò giammai di mangiar carne degli appestati animali, come consigliano alcuni, non solamente per lo pessimo nutrimento, e sughi viziosi adulterati, e corrotti, che possono introdurre nel nostro corpo; ma ancora per lo giusto timore, che que' fatali vermicelli s'addomestichino con noi, e possano essere di quella razza, che famelici si dilettino tanto nel sangue umano, quanto del bovino, o d'altri animali» (citato in PENSO, 1973, p. 224).

[73] DIANI, 1980.

[74] Samuel August Tissot sosteneva addirittura la necessità, lì dove ancora esistevano, di abbattere le vecchie mura poiché, esaurita ogni funzione difensiva, erano solo d'ostacolo alla libera circolazione dell'aria (EMCH-DÉRIAZ, 1984, p. 321). Il suggerimento non era certo nuovo. Già nel 1607, ad esempio, il Magistrato di Firenze aveva accolto con favore la proposta di demolire le mura di Brentina per migliorare la circolazione d'aria nel paese (CIPOLLA, 1988, p. 37). Non da meno FRANK, 1807-1808, VII, pp. 245-246, consigliava se non altro di ampliare le porte d'accesso: «Le porte d'una città devono essere ampie e spaziose non solo per maggior comodo de' carri e de' pedoni, ma anche per mantenere una libera comunicazione tra l'aria imprigionata ed insalubre della città con quella libera e pura del contado. Affinché questa possa girare senz'alcun ostacolo, conviene che le porte s'aprano su una piazza o rispondano immediatamente ad alcuna delle contrade principali più spaziose».

anche eliminare o allontanare le cause di esalazioni perseguendo la realizzazione di un grande e capillare progetto di riassetto urbano che comprendesse la bonifica delle eventuali paludi, il drenaggio delle acque stagnanti, la regolazione dei corsi d'acqua, la selciatura delle strade, la predisposizione delle reti fognarie, la rimozione dei rifiuti, lo spostamento all'esterno dell'*abitato* delle '*fabbriche*' *di esalazioni* quali i cimiteri, le carceri, gli ospedali, le botteghe artigiane, i macelli e gli orti[75]. Particolarmente nelle città-capitali d'Europa, la battaglia contro le tante cause di formazione «occasionale» del miasma innescherà, pertanto, un processo di trasformazione, giunto a compimento solo nella seconda metà del secolo successivo, che condurrà, in aderenza anche alla più ampia diffusione di quei valori di vita borghese cui si accennava in precedenza, alla nascita di una città «che non avrà più nulla a che vedere con la realtà umana, sociale, culturale, fisica della città fino ad allora esistita»[76].

Fra i tanti interventi consigliati contro il miasma, quello su cui sembrava maggiormente insistere l'iniziativa pubblico-statale apparve, comunque, la riforma del sistema e del cerimoniale delle sepolture. In particolare si proibirono le tumulazioni all'interno delle chiese e si sollecitò la predisposizione all'esterno dei centri abitati dei cosiddetti «camposan-

[75] «L'aria nelle città – secondo quanto osservava RACHETTI, 1802, pp. XCI-XCII – è corrotta, viziata, alterata in modo molteplice dall'inondazioni de' torrenti, de' fiumi; dalle mofete che si sviluppano, mercè l'evaporazione delle vicine paludi, delle fosse stagnanti, del limo delle risaie; dalla corruzione delle materie, sì vegetabili, che animali; dall'esalazioni delle fogne, delle latrine, dei sepolcri; dall'accumulamento degli edifizi; dall'eccessivo affollamento degli abitanti; dalla copiosa respirazione ne' luoghi di pubblico concorso; dalla putrida fermentazione di sostanze sepolte ne' sotterranei, i cui spiragli sono aperti nelle vie pubbliche; dagli effluvi fetidi, che tramandano le officine d'alcune arti insalubri, e schifose; dal fango, dalla polve, dall'immondezza delle vie pubbliche; da quanto insomma può alterar l'indole, e la natura di questo fluido animatore di nostra vita».

[76] VIVIANI, 1978, p. 80. Per un inquadramento più generale del problema si veda CARACCIOLO, 1975, mentre per quanto riguarda alcuni casi specifici si vedano fra gli altri BETRI, 1977 e DARDANO, 1977.

ti a sterro» contornati da file di alberi per trattenere e filtrare ogni sorta di aria corrotta.

Un'alta cinta muraria, inoltre, a testimonianza di un mutato atteggiamento nei confronti della morte e delle sue rappresentazioni[77], oltre a nascondere dall'esterno la vista delle sepolture, avrebbe dovuto impedire una volta per tutte l'indiscriminato ed ingiustificato passaggio nel cimitero di persone e animali.

Non tutti i suoli si ritenevano, però, idonei ad ospitare la città dei morti in opposizione a quella dei vivi. Serviva, infatti, un terreno in grado di agevolare il lento disfacimento dei corpi e d'impedire che i veleni della putrefazione potessero, nel sottosuolo, contaminare le fonti d'acqua e diffondersi altrove. Regolamenti sempre più dettagliati avrebbero indicato pertanto quali cautele osservare nella scelta dei luoghi e successivamente nello scavo delle fosse.

L'iniziativa intrapresa in tal senso in Toscana dal Granduca Pietro Leopoldo a partire dal 1777, preceduta di un solo anno in Francia dalla pubblicazione di un decreto reale di argomento analogo[78], anticipò i contenuti di provvedimenti simili che sarebbero stati assunti altrove[79] e non ultimo del ben più famoso editto di Saint Cloud emanato da Napoleone il 12 giugno 1804[80]. Un regolamento in quattordici punti,

[77] Su questo tema restano fondamentali ARIÈS, 1978, in particolare le pp. 50-67 e 163-178 e ARIÈS, 1980. Altri contributi da ricordare VOVELLE, 1974; MCMANNERS, 1981 e ancora VOVELLE, 1983.

[78] LEONARD, 1978, III, p. 438.

[79] Disposizioni circa lo spostamento dei luoghi di sepoltura al di fuori dei centri abitati furono emanate nello stesso anno dei provvedimenti leopoldini anche in Piemonte (MALDINI, 1984, p. 86). Analoghe misure furono, quindi, adottate più o meno negli stessi anni anche in Lombardia (GROTTANELLI, 1985, pp. 84-92), mentre uno specifico regolamento esteso a tutta l'Austria fu emesso dalla Cancelleria aulica di Vienna nel 1784 (SLEZAK, 1956, p. 26). Sulla difficile applicazione di queste norme si veda l'esempio di Laon studiato da SOUCHON, 1985.

[80] Il decreto napoleonico non soltanto regolava le sepolture e i luoghi a queste consacrate (titolo I), ma anche lo stabilimento dei nuovi cimiteri (titolo III), la pulizia dei luoghi di sepoltura (titolo IV) e le pompe funebri (titolo V) (*Raccolta di leggi*, 1805, XVI, pp. 135-138).

pubblicato il 2 gennaio, da una parte proibiva il trasporto dei cadaveri scoperti, la loro esposizione in pubblico nonché la loro sepoltura nelle chiese e dall'altra dava disposizioni per la costruzione dei camposanti fuori dei luoghi abitati[81]. Le successive leggi del 25 aprile 1780 e del 19 luglio 1783[82] suggerirono, infine, sia i criteri guida per la scelta del luogo in cui erigere il cimitero, sia le modalità di progetto e sia, infine, i modi in cui predisporre le fosse dove seppellire i morti[83].

Al pari del miasma altra preoccupazione ricorrente ed oggetto di attenzione preventiva da parte dei governi era l'approvvigionamento idrico e la qualità dell'acqua, ritenuta, al pari dell'aria, un possibile agente morbifero.

«... I mezzi – scriveva il Rachetti – mercé cui la polizia governativa può correggere la prava natura dell'acque [sono quelli di non permettere] che si versino materie impure, che nelle grandi correnti e ciò vietando assolutamente nelle minori che circolano in specie entro luoghi abitati; [di decretare] a dati intervalli lo spurgo generale de' pozzi, delle cisterne, degli acquedotti; [di fare] che siano questi sepolti profondamente, non permeabili al calor esterno, ed alquanto accessibili all'aria; [di ordinare] che sieno spesso depurati del limo, e de' corpi eterogenei i canali d'uso pubblico; [di mettere] in corso l'acque stagnanti con artificiali derivazioni, e [di scuotere] le torpide e lente coll'ajuto de' molini; [di fissare] leggi alla fabbrica de' pozzi, onde siano possibilmente difesi dal pericolo di corruzione; [di decretare] per ultimo la generale esplorazione dell'acque d'uso domestico nello stato, con render ad un tempo a pubblica notizia quali siano le più salubri, e con quai mezzi si possa ragionevolmente correggerne le qualità prave, e nocive»[84].

Il disegno, volto ad assicurare un migliore approvvigiona-

[81] PIETRO LEOPOLDO, 1969-1974, I, p. 140.

[82] *Bandi e ordini del Granducato di Toscana*, 1784, titolo 80.

[83] Secondo quanto segnalato da MIRRI, 1990, p. 188. Lo stesso autore, in questo suo articolato intervento, sottolinea l'importanza della discussione sulle sepolture nell'ambito di un più ampio processo riformatore, che così in Toscana come in altri paesi europei, guarda con crescente interesse ai settori della medicina sociale e della politica sanitaria (pp. 147-148).

[84] RACHETTI, 1802, pp. LXXIV-LLXV.

mento idrico e a soddisfare quella sete di acqua 'pura'[85] che attanagliava in particolar modo e ancora una volta le città, trovava così un primo e immediato riscontro nell'accresciuto impegno con cui si progettarono macchine idrauliche e si seguirono la costruzione di nuovi acquedotti. Si cercò in tal modo di garantire un rifornimento più capillare e copioso del prezioso liquido il cui impiego cominciava ad essere associato anche ad una più meticolosa cura dell'igiene personale[86].

È esemplare il caso, solo apparentemente limitato, di Rovereto, dove nel 1770 l'ingegnere milanese Paolo Frizzi, attingendo con i suoi argomenti ad una visione assai diffusa, propose ai Provveditori della città la costruzione di una ruota idraulica per far fronte ai gravi problemi di rifornimento idrico della città trentina.

«L'acqua – scriveva l'ingegnere nella sua relazione –, principale elemento di tutta la nutrizione, entrando tante volte negli altri nostri alimenti, e abbisognandoci più continuamente di tutti, forma un oggetto tanto interessante per *le città*, quant'è *la salute* istessa dei cittadini. A proporzione che nelle società maggiori degli uomini s'è maggiormente rafinata, e distesa la civile pulizia, si sono accresciute ancora in quest'articolo le pubbliche provvidenze. Si sono messi in opera dappertutto i migliori mezzi di avere una buona qualità d'acqua da bere, e di averne in quantità sufficiente ... Però mi ha fatto gran meraviglia di ritrovare così mal proveduta d'acqua una città così florida, e ricca come Roveredo ... L'acqua che si tira dal monte sulle due piazze è di cattiva qualità per bere, ed è di quantità molto scarsa per gli altri usi domestici. L'acqua del Leno, quando sia depurata è di ottima qualità: ma per le case, che non sono contigue il trasporto riesce di troppo incomodo. Appena in qualche casa s'è cominciato a far uso di qualche macchina per aver l'acqua, e i filtri per depurarla non sono ancora praticati da nessuno ... E bisogna anche aggiungere, che in certi tempi particolari le acque cavate dai fiumi, e non passate per qualche filtro, possono maggiormente pregiudicare alla salute per le putrefazioni animali, e vegetabili, che vi si trovano mescolate»[87].

[85] ROCHE, 1984.

[86] GOUBERT, 1986.

[87] Secondo quanto citato da STEDILE, 1990, p. 222. Si tratta molto pro-

Se contro le insidie dell'aria e dell'acqua, l'azione preventiva dei governi puntava, dunque, all'eliminazione delle cause «occasionali» di miasma e ad un migliore approvvigionamento idrico, contro la minaccia del contagio sperimentava, in accordo con alcuni motivi della terapeutica popolare, il principio della profilassi[88].

Prima del XVIII secolo, infatti, secondo quanto scrive Shryock, la profilassi, intesa come insieme di provvedimenti di carattere strettamente medico applicato ai singoli individui, era sconosciuta alla scienza europea. Al contrario le popolazioni orientali e africane l'applicavano da parecchio tempo sotto forma di prevenzione contro il vaiolo. In base all'esperienza quotidiana si poteva, infatti, dedurre che la malattia era contagiosa, che, inoculata artificialmente, si manifestava sotto una forma relativamente benigna e che una sola crisi provocata in questo modo bastava a dare al paziente un'immunità permanente[89].

Il principio della profilassi trovò una sua concreta applicazione in Europa proprio nelle campagne d'innesto del vaiolo intraprese, pur fra tante polemiche[90], in molte sue zone a

babilmente dello stesso congegno di cui parla nel suo diario un certo Girolamo Andreis di Rovereto il quale narrando dell'inaugurazione di una nuova ruota nel 1824 faceva una breve storia delle tre che l'avevano preceduta. «La prima di tutte fu di circa 20 piedi di altezza con 12 cassette. Questa fu fabbricata nel 1780 a spese dei proprietari e possessori di scoli venduti all'incanto e coll'aggiunta di due fontane ai Paganini, Piazza Nuova, si occupò la somma di fiorini 2.037, 171/2. In appresso, credo nel 1783, la detta I ruota fu ingrandita e pochi anni dopo, nel 1788, è stata fabbricata la terza ruota dell'altezza di 42 piedi, che nel casotto, senza paragone più piccolo del presente, andò in rovina o in pezzi sul finire del 1823» (CARLINI-LUNELLI [edd], 1988, p. 147).

[88] SHRYOCK, 1977, p. 47. Lo sviluppo storico del concetto e della pratica di medicina preventiva è analizzato in un vecchio testo da NEWSHOLME, 1927 e più di recente da WAIN, 1970.

[89] DARMON, 1984.

[90] Il dibattito negli ambienti intellettuali della penisola italiana è analizzato da FADDA, 1983 e più in particolare per quanto riguarda l'ambiente veneto da TUCCI, 1973. Relativamente a Francia e Inghilterra si vedano invece MILLER, 1957 e PETER, 1979.

partire dal 1740 circa[91]. La sua progressiva affermazione rifletteva contemporaneamente una radicale trasformazione della concezione e dell'atteggiamento nei confronti della malattia in genere[92], concepita oramai sempre più come «oggetto naturale dotato di propria autonomia», «slegata dal malato e perciò trattabile senza preoccuparsi del suo organismo»[93].

All'inizio del nuovo secolo i confini dell'iniziativa medica sembrano così essersi allargati: l'intervento terapeutico non appare più limitato alla riduzione dell'impatto negativo delle infermità sulla popolazione, ma bensì ampliato alla prevenzione e alla distruzione dei tanti invisibili nemici causa dell'insorgenza delle malattie stesse e della perdita della salute umana[94].

«Medici Filantropi! – scriveva il celebre medico toscano Gaetano Palloni nel 1804 in piena recrudescenza a Livorno di un morbo creduto la terribile febbre gialla – la causa dell'umanità è nelle vostre mani, e la vittoria è vicina. Livorno attende l'intiera sua salvezza da voi. Già le più efficaci, e provide misure han posto un argine a questo morbo micidiale: incatenato, e racchiuso, spetta ora a voi a combatterlo, e debellarlo. Non dubito che i lumi vostri, ed il vostro coraggio condurranno presto a fine una sì grand'opra: ed io vedrò con piacere i passati pericoli, e la mia felicità sarà al colmo, se avrò potuto, per quanto era in me, cooperarvi»[95].

Ciò nonostante, qualora le armi della prevenzione non fossero riuscite a sconfiggere anticipatamente le cause dei peggiori mali contagiosi, nel momento dell'emergenza, l'intervento si affidava a tutte quelle misure 'repressive' già sperimentate in passato per contrastare la diffusione della peste[96]. L'isola-

[91] Sull'argomento si veda l'importante studio di DARMON, 1986. Relativamente alla penisola italiana TUCCI, 1984.

[92] CAPLAN-ENGELHARDT-MCCARTNEY (edd), 1981.

[93] HARTMANN, 1987, p. 8.

[94] PETER, 1987.

[95] PALLONI, 1804, pp. 33-34.

[96] BIRABEN, 1975-76.

mento degli infermi e la sistematica distruzione col fuoco di ogni oggetto ritenuto infetto sembravano offrire pur sempre qualche garanzia di successo[97].

Non erano, peraltro, le sole esalazioni miasmatiche, le acque infette o il temuto contagio a minacciare l'integrità della salute umana. Al di là delle caratteristiche climatico-ambientali, ritenute le principali cause delle cosiddette malattie «endemiche», ossia specifiche di un luogo e della sua popolazione, gli autori medico-politici del secolo XVIII additarono con sempre maggiore veemenza all'attenzione dei governanti le tante insidie insite nel mancato rispetto di alcune fondamentali regole di vita ignorate, per opposte ragioni, tanto dai ricchi[98] quanto dai poveri[99]. Le cattive

[97] PANZAC, 1987.

[98] I ricchi, secondo temi assai ricorrenti nella polemica settecentesca sul lusso (cfr., ad esempio, BORGHERO [ed], 1974), consumavano giorno dopo giorno la propria vita nell'ozio più completo o nel vortice dei divertimenti, della crapula e delle passioni più deleterie. «La costituzione dei ricchi è già viziata in origine da un'educazione la più nemica della salute, dall'istante che dessa tende unicamente ad infievolir la macchina con tutta la folla delle prave abitudini, cui può immaginare il vano talento d'esaurir l'ingegno, ed i sensi nello studio non meno, che nel godimento de' piaceri. La loro mensa non conosce i cibi della natura. Imbandita dessa con gelatinose e pingui carni, con selvaggina squisita, con delicati pesci, che servon di base ad infinite vivande stranissime, o invita col sapor piccante de' condimenti, e degli aromi il languido appetito a gustar poche insalubri preparazioni, o eccita la ghiottoneria a trangugiarne gran copia con mostruosa voracità. Le bevande sono tutte corrotte dalla droga ...; oppure adulterate dagli aromi, dall'alcool, e da molteplici sostanze irritanti, capaci di sostener collo stimolo l'inerte languor di vita. L'aria è per costoro un veleno, giacché dessa non si rinnova giammai ne' loro tetti dorati, inacessibili pure all'influsso benefico della luce; e la natura pare si vendichi di tanto insulto, facendo loro riuscir mortali le impressioni del fluido animatore di nostra vita. I doviziosi non conoscono punto medio fra un'oziosa inazione, ed uno sfrenato violento esercizio ... Lacerati costoro da violente passioni vivono schiavi dell'ambizione, della vanità, della sete di sempre maggiori ricchezze, della mania degli onori; quinci miseri nell'opulenza trascinano anni di disperazione fra i rancori dell'odio, i palpiti dell'invidia, gli spaventi della prodigalità, le smanie dell'avarizia, il cruccio de' rimorsi, e l'orrore del tristo fine, cui sentono, mercé la frequenza delle malattie, avvicinarsi passo passo l'infievolita natura» (RACHETTI, 1802, p. LXXXII-LXXXIII).

[99] La letteratura del tempo insisteva sull'immagine dei poveri vittime

condizioni di vita rischiavano di vanificare qualsiasi misura preventiva adottata contro le più pericolose malattie. La smodata e pingue alimentazione quanto quella scarsa e scadente, le precarie condizioni abitative, l'insufficienza od inadeguatezza del vestiario potevano, infatti, favorire la loro insorgenza[100]. Evidentemente il rischio maggiore era associato alle privazioni sofferte dalla popolazione più povera, poiché in grado d'indurre quello stato d'indebolimento organico cui furono ricondotti i tanti episodi epidemici rilevati un po' ovunque in contesto europeo sia nella seconda metà del Settecento, a ridosso delle gravi carestie degli anni sessanta[101], sia nel secondo decennio dell'Ottocento durante il difficile triennio 1815-1817[102].

soprattutto delle continue privazioni, degli enormi stenti e delle incessanti preoccupazioni originate dalla miseria stessa. «Cotesti infelici o sono astretti avvilirsi co' bruti sotto il peso d'enormi fatiche, estenuando la macchina colla violenza d'un esercizio superiore alle naturali forze, o passano tristemente la vita ne' travagli noiosi dell'arti urbane, lontani da ogni moto salutare, e defraudati dell'influsso benefico della libera atmosfera. Atroci passioni d'animo eccitate ad ogn'istante dalla penuria, e dal difetto talora di quanto richiedesi a sostener l'esistenza; le lagrime della moglie, i gemiti de' figli che s'aggrappano intorno chiedendo pane ad un padre, cui forza di miseria non concede di sedar queste grida; dippiù il disprezzo de' ricchi, la persecuzione de' potenti, cui fiero impulso d'orgoglio fa legge di perseguitar sempre gl'infelici, a' quali danno mercede; le malattie per ultimo, frequentissime in mezzo a tante sciagure, trascurate fino all'orlo del sepolcro, e cui solo all'istante dell'agonia si crede prestar soccorso con profluvio d'inutile pianto» (RACHETTI, 1802, pp. LXXXVII-LXXXVIII).

100 La diretta connessione fra miseria, basso tenore di vita e insorgenza delle malattie fu colta, ad esempio, da FRANK, 1790. Anni dopo tornò sull'argomento anche BARZELLOTTI, 1839.

101 Sulle carestie degli anni sessanta si veda per la penisola italiana e soprattutto per la regione toscana VENTURI, 1976, successivamente ripreso ed ulteriormente sviluppato in VENTURI, 1987, pp. 336-426. Più in particolare, invece, per quanto riguarda i risvolti medici della vicenda, si veda KNÖFFEL, 1979.

102 Una simile posizione non ha mancato di riflettersi anche sul lavoro di molti storici contemporanei che spesso hanno associato in modo spurio la fame alle infezioni: «L'associazione... fra carestia ed esplosioni epidemiche – osserva LIVI-BACCI, 1987 – può spesso spiegarsi con l'insorgere di condizioni sociali particolari che aumentano la trasmissibilità delle malattie infettive più che stimolare direttamente l'insorgenza».

In rapporto all'alimentazione si criticava soprattutto il consumo di carne avariata o prelevata da bestie decedute per malattia, di latte o suoi derivati irranciditi, di frutta non perfettamente matura o ancora di grani di qualità inferiori misti a vegetali tossici quali ad esempio il loglio[103]. Si bandiva l'uso di bevande alcooliche e infine si rimarcava il grave rischio d'intossicazione sotteso all'impiego di recipienti non idonei alla conservazione dei cibi, quali in particolare i vasi di rame non stagnati.

Per quanto riguarda le abitazioni i principali motivi di preoccupazione concernevano il tipo di materiale utilizzato nella costruzione, la poca solidità delle pareti, la mancanza di ampie finestre in grado di favorire l'ingresso di aria e luce e la ristrettezza dei locali che avrebbero impedito ai «vapori di traspirazione animale di dissiparsi agevolmente nell'atmosfera»[104]. Ulteriore oggetto di critica erano i tetti troppo sporgenti, poiché d'ostacolo alla dispersione nell'aria dei vapori della terra e la mancanza di grondaie ritenute indispensabili per un miglior deflusso delle acque dalle coperture.

Riprovevole in tutti i casi era giudicata la scarsa pulizia sia degli ambienti sia della persona, mentre più in dettaglio, per quanto concerne gli abiti, al di là di ogni discorso sui tessuti, si esprimeva nel complesso un giudizio di riserva su tutte quelle fogge che, inviluppando o denudando eccessivamente il corpo, avrebbero sacrificato al capriccio della moda la salute dell'individuo.

[103] Dei vegetali tossici o comunque dannosi per la salute umana si occupa, fra i tanti, LAPI, 1767.

[104] RACHETTI, 1802, pp. XCIII-XCIV. «I finestrucoli che vediamo nelle case de' nostri contadini, sono quasi generalmente sì angusti e bassi, che un uomo può appena cacciarne fuori la testa, i raggi solari, che hanno sull'aria un'azione cotanto benefica, non incontrano quest'apertura che pei pochi momenti; vero è bensì che le finestre s'aprono talora per mutare alquanto l'aria, ma essendo comunemente sì picciole non bastano, acciò tutti i vapori malsani che sono nella stanza, se ne possano scaricare. Le troppo grandi non si convengono bene al contadino, perché riparano meno dal freddo, e maggior quantità di legne richiedesi per iscaldare la stufa; ma per questo unico motivo non si possono approvare quelle finestruzze in una stanza sempre piena di persone, che vi mangiano e vi dormono senza curar gran fatto la nettezza» (FRANK, 1807-1808, VII, pp. 245-246).

Più oltre, proseguendo in questo rapido *excursus*, i teorici della polizia medica ravvisavano un'ulteriore minaccia all'integrità fisica della popolazione ed un ostacolo alla sua «regolare moltiplicazione» nella scarsa attenzione nutrita nei confronti dell'infanzia. In particolare si prestava molto interesse alla crescita fisica delle fanciulle in quanto solo una fanciulla sana e ben sviluppata avrebbe potuto adempiere felicemente al proprio ruolo materno poiché priva di quei difetti che avrebbero potuto attentare al «prezioso vigor di salute, che si richiede [per] sostener impunemente il travaglio della generazione e [per] fornire salubrità di tempra alla prole»[105].

Premessa l'avvertenza di scoraggiare l'unione di individui troppo giovani, troppo anziani o affetti da gravi «vizi agli organi generatori»[106], in modo così da contenere l'incidenza degli ipotetici danni ereditari, ossia delle cosiddette malattie familiari, si affermava la conseguente necessità sia di assicurare adeguata assistenza alle donne durante la gravidanza e al momento del parto, sia di sottrarre l'educazione fisica dei fanciulli alle più pericolose «consuetudini». Alimentati secondo metodi errati, affidati alla cura di ignoranti «comari», costretti a restare immobili dall'uso di fasciature strette e raramente curati nell'igiene personale, i bambini venivano raffigurati e «immaginati», nella più tenera età, in balia dei peggiori pregiudizi e dei più errati principi. Il taglio del frenulo linguale, la tendenza a modellare la forma del cranio o delle membra, l'abbandono precoce dell'allattamento materno, o, ancora, l'uso smodato di sostanze soporifere, quali la belladonna o il seme di papavero, erano solo alcune delle tante pratiche additate con orrore all'attenzione dei governanti cui si sommavano, nei periodi di crescita seguenti, la violenta repressione di ogni naturale istinto e l'uso «dell'avvilimento, delle battiture, e... dell'emulazione» quali mezzi di punizione[107]. Il pieno e corretto sviluppo della personali-

[105] RACHETTI, 1802, p. LXIII.

[106] RACHETTI, p. LIV.

[107] RACHETTI, p. LX.

tà imponeva infine la repressione di ogni pratica onanista, un vizio giudicato pericoloso poiché minava non solo l'equilibrio «psichico» fisico-mentale della persona, ma anche la sua potenzialità procreativa[108].

Ultimo punto di questo sintetico *vademecum* è la lunga lista delle cosiddette «lesioni alla sicurezza pubblica»[109], ossia di quei numerosi infortuni che quotidianamente attentavano alla vita umana. Opportune precauzioni e il rispetto di precise normative avrebbero dovuto consentire una sensibile riduzione delle più funeste conseguenze legate, fra le tante cause, agli incidenti sul lavoro, all'aggressione di bestie feroci o idrofobe, agli incendi, alle varie calamità naturali, alla caduta dei fulmini, al 'traffico stradale'. Ripetutamente sottolineata e temuta era l'eventualità del mancato riconoscimento dello stato di morte apparente o l'improprio soccorso agli annegati ed agli asfissiati[110].

L'adozione di una prassi preventiva sembrava, così, tradire, in ragione di tutte queste attenzioni, una volontà di governo sulla vita della popolazione che andava ben oltre la sola finalità dichiarata della salvaguardia della salute pubblica o della conservazione della sua integrità.

3. *L'assistenza sanitaria sul territorio: la formazione di nuovi operatori professionali*

Il terzo ed ultimo elemento che contribuisce a comporre il quadro della politica sanitaria nell'Europa della seconda metà

[108] Non è possibile spiegare la condanna sette-ottocentesca della masturbazione, così come ipotizza NEUMAN, 1978, solo con valutazioni di ordine moralistico-religiose: altrettanto determinante appare l'affermazione di una diversa concezione del corpo interpretato come sistema di energia chiuso, sensibilmente danneggiato da «perdite esterne». Sull'argomento si veda, inoltre, per l'Ottocento, GILIBERT A.N., 1975.

[109] Secondo la formula usata da FRANK, 1807-1808, VIII.

[110] Sull'argomento esiste un'abbondante produzione medica. Fra i primi testi pubblicati in Italia si segnalano FASANO, 1777 e TESTA, 1780.

del Settecento è l'organizzazione sul territorio di un servizio d'assistenza sanitaria affidato oltre che a medici anche a personale cosiddetto subalterno regolarmente istruito ed approvato. In altri termini levatrici, chirurghi minori, farmacisti e veterinari avrebbero potuto esercitare la loro professione al servizio della popolazione e in supporto al medico solo se in possesso del titolo di studio conseguito presso il competente istituto d'istruzione o, almeno, solo se regolarmente esaminati ed approvati da una commissione nominata *ad hoc*. In definitiva ci si prefiggeva, ancora una volta, l'affermazione del primato della conoscenza e dell'azione medica nonché la progressiva estensione del controllo sui numerosi rituali collegati alla cura del corpo[111].

Relativamente alla penisola italiana un corso d'istruzione per levatrici venne inaugurato a Torino già nel 1732[112]. Nel 1769 s'inaugurò, sempre a Torino, la scuola di veterinaria[113], sull'esempio di quanto già realizzato in Francia, nel 1761, con l'apertura della scuola di Lione[114] e successivamente, nel 1766, di quella ben più famosa di Alfort, vicino a Parigi[115].

[111] Questo processo è ben evidenziato, rispetto all'ostetricia, in GELIS, 1988, opera che completa idealmente il precedente lavoro GELIS, 1984, nel quale venivano studiati i rituali relativi al parto.

[112] CAFFARATTO, 1973, in particolare le pp. 97-127. Importante centro di formazione, così come per la veterinaria, fu nella seconda metà del Settecento la città di Parigi dove funzionava l'istituto ostetrico diretto da André Leuret (1703-1780). A questa scuola giunsero molti di coloro incaricati successivamente dai rispettivi governi di aprire analoghi corsi d'istruzione anche in patria. Fra i nomi più illustri sono da ricordare Giuseppe Vespa da Firenze, Bernardino Moscati da Milano e Angelo Bertacchi da Torino. Notizie sulle principali scuole d'ostetricia fondate in Italia nella seconda metà del Settecento si possono reperire in PANCINO, 1984, in particolare le pp. 92-126, mentre per il più ampio contesto europeo si rinvia a GELIS, 1988, in particolare le pp. 109-238.

[113] DE SOMMAIN, 1969 e MASOERO, 1969. Altra scuola importante della penisola e progettata negli stessi anni di quella di Torino, fu l'istituto di Milano, inaugurato, tuttavia, solo nel 1791. Sulle sue vicende si veda LANZILLOTTI-BUONSANTI, 1891 e *Studium veterinarium mediolanense*, 1969.

[114] ARLOING, 1889 e HOURS, 1957.

[115] Le vicende della scuola d'Alfort sono ricostruite dettagliatamente da RAILLIET-MOULE, 1908. In questo istituto si formò la gran parte dei

Infine, a Milano, nel 1784, si aprì solennemente presso la farmacia dell'Ospedale Maggiore la Scuola chimico-farmaceutica[116], prima tappa di quel lungo cammino, proseguito poi nella prima metà del secolo successivo, che condurrà alla trasformazione di un vasto gruppo di persone da speziali privi di qualsiasi preparazione scientifica, poco più che semplici rivenditori di generi di «drogheria», in esperti farmacisti, «dispensatori e analizzatori» di vari composti medicamentosi[117]. È evidente, peraltro, come l'attività di formazione svolta da queste scuole o dai singoli individui medici sparsi sul territorio[118], per quanto intensa la si possa immaginare, non era in grado, nell'immediato, di realizzare quel progetto di fondo che mirava ad affidare nelle mani dei soli agenti scientificamente istruiti la cura della popolazione[119].

veterinari incaricati dai propri governi di dar vita nei rispettivi paesi di provenienza ad altrettanti istituti di formazione: così, ad esempio, Abildgaard, fondatore dell'istituto di Copenhagen (ABILDGAARD, 1813), oppure Jean-Amédée Wolstein, fondatore dell'istituto di Vienna. L'influenza della scuola francese si estese anche alla Gran Bretagna (GRAY, 1957). Per un quadro storico delle scuole italiane ed europee si vedano rispettivamente PALTRINIERI, 1947 e CHIODI, 1981, in particolare le pp. 445-485. Per quanto riguarda più in generale la storia della veterinaria si rinvia a LAIGNEL-LAVASTINE, 1936-1949; POULET-SOURNIA (edd), 1977-1980; BRESSOU, 1970.

116 BELLONI, 1982.

117 DORWART, 1971, pp. 268-269. In Prussia, secondo lo stesso autore, questo processo iniziò tra il 1685 e il 1740. In Francia i «maitres apothicaires» parigini cambiarono il loro titolo in «maitres en pharmacie» nel 1777, «c'est à dire non plus des boutiquiers mais des experts des medicament au terme d'études comparables, par leur durée, et par leur niveau à celles des chirurgiens dits de grande experience» (GOUBERT-LORILLOT, 1984, p. 20). Il cambiamento investì anche l'Inghilterra in un periodo compreso fra il 1660 e il 1760 (BURNBY, 1983). Più in generale per la storia della farmacia si vedano LAIGNEL-LAVASTINE, 1936-1949; BOUSSEL, 1983.

118 L'intensificazione dell'attività formativa corrispose sul piano editoriale ad una crescente produzione di manuali «professionali». Fra questi, solo per citare alcuni titoli e rimandando per un più ampio elenco a SAPORI, 1975, si ricordano: AUGIER DUFOT, 1787; BERNATI, 1778; BERTOLAZZI, 1789; BERTOLAZZI, 1790; STORCK, 1777 e, infine, TRANQUILLINI, 1770.

119 Il raggiungimento di un simile obiettivo suggerì in alcune occasioni delle soluzioni che ai nostri occhi possono apparire per lo meno curiose.

Diverse ragioni di carattere sia economico sia culturale si opponevano, infatti, ad una più massiccia frequenza di questi corsi e contribuivano a conservare in vita una sorta di informale e parallela rete di operatori sanitari, costituita da una vasta schiera di terapeuti empirici, contro i quali non riuscivano a sortire alcun effetto neppure i vari provvedimenti censori ripetutamente emessi dalle competenti autorità politico-amministrative[120]. Costoro, affiancati sul territorio, lì dove esistevano, dalle infermerie conventuali, coadiuvati da solerti curati e sostenuti da una sviluppata consuetudine all'autoterapia, contribuivano a colmare quel 'deserto' che a torto si credeva estendersi ovunque mancasse un rappresentante della medicina accademica[121]. La grande ed incrollabile fiducia che la popolazione non cessava di accordare ai propri esperti di villaggio, anche per l'indubbia efficacia mostrata da molte delle loro cure, e l'impossibilità da parte delle autorità di governo di rendere operante nell'im-

In Francia, sul finire del secolo, si studiò l'ipotesi, successivamente scartata, di autorizzare – seppur «sans donner atteinte en aucune maniere aux réglements et privileges accordés à la chirurgie humaine» – gli allievi già diplomati delle scuole di veterinaria a seguire un corso d'istruzione anche in ostetricia, «afin que dans les villages hameaux et métairies éloignées des grandes villes où ils se trouvent frequemment et dans l'absence ou le manque de personnes instruites dans l'art d'accoucher, ils soient en etat de porter des secours prompts et efficaces aux femmes en mal d'enfant, et de pares aux accidens qui peuvent survenir ou donner leurs conseils toutes les fois qu'ils en seront requis (CHABERT-FLANDRIN-HUZARD [edd], 1792, pp. 32-33).

120 Fra questi provvedimenti s'iscrive, ad esempio, un decreto del Consiglio Cesareo Regio del Governo dell'Austria Superiore del 13 luglio 1776 con cui veniva ordinato alle autorità locali di «vigilare ... sulla osservanza di tutte le leggi sanitarie con la maggior severità, di togliere immediatamente dalla circolazione quel genere di vagabondi ed empirici e di agire, a seconda delle circostanze, se necessario anche in via penale ...» (STEDILE, 1990, p. 129).

121 GOUBERT, 1977. La capillare diffusione dei terapeuti di villaggio è documentata assai significativamente, anche se per la sola Francia della seconda metà del secolo XIX, da Ambroise Tardieu, presidente dell'Association générale des médecins di Francia. Costui censì nel 1861 e in 32 dipartimenti 853 guaritori sedentari (LEONARD, 1980). Il fenomeno è altresì studiato e ben documentato da GOUBERT, 1977 e da RAMSEY, 1988. Per l'Inghilterra si veda invece KETT, 1964.

mediato sul territorio un servizio sanitario altrettanto capillare e funzionale restavano, dunque, alla base di quella diversa strategia istituzionale che ancor prima di perseguire penalmente gli empirici pensò ad una sorta di loro neutralizzazione attraverso l'accertamento della loro abilità e il loro inquadramento in ruoli ufficialmente riconosciuti. Si scelse, in altri termini, e pressoché contemporaneamente all'attivazione dei primi corsi, di sottoporre coloro che svolgevano funzioni di levatrici, chirurghi minori, speziali e più avanti anche di veterinari, ad una verifica della loro preparazione affidando a commissioni di nomina speciale l'incarico di esaminare ed approvare quanti altrimenti avrebbero potuto agire incontrollati[122]. È quanto accadde, ad esempio, nei domini di casa d'Austria dove un ordine sovrano del 22 settembre 1770, in applicazione di quanto previsto dalla *Sanitätshauptnormativ*, era tornato sulla necessità d'istituire quanto prima, presso ogni ufficio circolare, un collegio di sanità, formato dal fisico circolare, da un chirurgo e da altra persona idonea, col compito di accertare l'esistenza dei requisiti e delle abilità indispensabili all'esercizio della professione tanto nel caso dei medici quanto in quello dei chirurghi, delle levatrici e degli speziali[123]. Precedentemente, ma relativamente al solo Tirolo, una circolare del 25 aprile

[122] Non si doveva trattare, comunque, di un controllo eccessivamente rigido per non rischiare, al contrario, di contribuire ad ingrossare le fila di quanti agivano nell'ombra. È quanto sembra accadere, ad esempio, nella diocesi di Montpellier dove l'irrigidimento del controllo sulla preparazione delle mammane aveva contribuito a sospingere nell'illegalità gran parte delle donne che tradizionalmente assicuravano l'assistenza ostetrica: dalle 99 censite ufficialmente nel 1698 si passò infatti alle 21 del 1806 (LAGET, 1977).

[123] AST, *Ufficio vicariale di Königsberg-Grumes-Lavis, Sanità*, 1748-1784, cart. n.n. GIORMANI, 1986, documenta per il Veneto il graduale passaggio dell'approvazione del candidato da quella fatta dal collegio degli speziali (commissione composta dal Prior nuovo, dal secondo Prior, dal Prior vecchio e da un sindaco, presente il promotore, ma senza diritto di voto) a quella fatta da una commissione allargata alla quale venivano aggiunti da due a quattro provveditori di sanità e infine tre professori universitari e il protomedico (senza voto quest'ultimo come il promotore).

1769 rammentava il divieto per costoro di esercitare se privi di approvazione e stabiliva il termine di tre mesi entro il quale recarsi eventualmente ad Innsbruck per sottoporsi al richiesto esame[124].

Infine, altro passaggio non certo marginale in questo processo, fu la regolamentazione dei rapporti fra le varie figure di operatore e soprattutto una più attenta definizione dei limiti entro i quali costoro erano tenuti ad agire rispetto al diretto superiore che rimaneva, comunque, *il* medico. Si tracciò, così, una linea di demarcazione fra i due piani di questa sorta di piramide basata fondamentalmente sulla divisione degli interventi fra interno ed esterno del corpo umano e fra momento della diagnosi e successivo momento della terapia, negando sì, questa volta, e forse non inconsapevolmente, quella concezione unitaria, propria di qualsiasi tradizione popolare, dell'intervento terapeutico. Un importante strumento di disciplinamento in tal senso apparve, oltre alla specifica normativa, l'imposizione di tariffari in base ai quali si fissarono per ogni operatore il tipo di prestazione ammessa e relativo compenso.

Il problema del personale sanitario, della sua formazione e della sua regolamentazione interna era stato oggetto di varie normative in Europa fin dallo scadere del secolo XVII. Ne sono esempi significativi la legge di Federico Guglielmo di

[124] AST, *Ufficio vicariale di Königsberg-Grumes-Lavis, Sanità*, 1748-1784, cart. n.n. L'obbligo dell'autorizzazione superiore per l'esercizio delle professioni sanitarie era stato già introdotto alla metà del secolo quando, come documenta STEDILE, 1990, p. 128, fu emanato anche per il roveretano, a firma del responsabile dell'Ufficio Pretorio Domenicantonio Nocher e in data 4 agosto 1753, un ordine che introduceva l'esame di abilitazione: «... per quello che riguarda specialmente i medici, quei che avanti l'anno 1749 hanno ottenuto l'uffizio di fisici possano bensì senz'altro esame in quello lasciarvi ma nondimeno volendo concorrere ad altro simile uffizio si debbano soggettarsi all'esame in Vienna ovvero Innsprugg. In oltre che tutti li speciali, chirurghi e levatrici che fin ora non furono esaminati e si ritrovano nel Tirolo debbano in Innsprugg ove s'appartiene esser rigorosamente esaminati, e per l'avvenire simili persone senza aver prima sostenuto l'esame non debbano ammettersi, ne lasciar che fissino domicilio».

Prussia del 1695[125] e, circa un decennio dopo, l'editto di Marly del 1707 del re Luigi XIV[126].

Ma ancora una volta è il caso austriaco ad offrire l'esempio più maturo, proponendosi come una sorta di sintesi finale di quanto sviluppatosi nei decenni precedenti: la già citata *Sanitätshauptnormativ* del 1770 fissava in dettaglio diritti e doveri di ogni operatore sanitario. Negli anni immediatamente successivi, a completamento della normativa si sarebbero moltiplicati, quindi, su sollecitazione delle autorità politico-amministrative, le proposte di tassazione per medici, chirurghi e mammane sul tipo di quelle compilate, ad esempio, dal medico circolare di Bolzano Peter Menz[127] o dal medico circolare di Rovereto Ernesto Zanini[128].

4. *I luoghi della sperimentazione*

Si è visto come gli obiettivi della politica sanitaria fossero espressione di profonde trasformazioni sia nelle finalità dell'attività di governo sia nei valori esistenziali ad esse sottesi. Il tentativo di concretizzarli diede origine ad una serie di interventi normativi dei quali si è cercato nelle pagine precedenti di offrire una breve sintesi. La loro esecuzione si scontrava, tuttavia, con una serie di difficoltà. La portata dei cambiamenti necessitava per affermarsi di tempi lunghi e di costante impegno. Né d'altronde il perseguimento dei risultati prefissati poteva scartare l'adozione di soluzioni di compromesso che facilitassero il passaggio e la trasformazione auspicati.

In simile contesto esistevano, però, delle realtà in cui risultava più agevole ed immediato applicare i principi enunciati

[125] DORWART, 1971, pp. 240-254.

[126] ISAMBERT (ed), 1830, XX, pp. 508-517.

[127] AST, *Ufficio vicariale di Königsberg-Grumes-Lavis, Sanità*, 1748-1784, cart. n.n.

[128] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1788*, Fasz. 2399 riportata in STEDILE, 1990, pp. 169-171.

e verificarne la validità. Mi riferisco in particolare agli ospedali, ma anche agli istituti d'internamento in genere, nei confronti dei quali si stava operando per apportare dei radicali cambiamenti al loro interno. Sulla base del principio che affermava prioritariamente, al di là del solo esercizio della carità individuale e corporativa, il diritto all'assistenza, si poneva mano alla riorganizzazione degli ospedali cercando di adeguarli ai nuovi fini indicati da una più articolata concezione del soccorso ai poveri che separava l'aiuto economico da quello sanitario[129].

È quanto prefigura, ad esempio, l'imperatore Giuseppe II che sviluppò il suo programma di riforma dell'assistenza[130] in tre punti: creazione di ospedali, cliniche di maternità e manicomi; creazione di «istituti per i poveri» che avrebbero dispensato aiuti a domicilio; infine creazione di case di lavoro che avrebbero raccolto i poveri senza lavoro e i vagabondi incorreggibili[131].

L'ospedale, elemento essenziale nella tecnologia medica, aspirava insomma a diventare non solo un luogo in cui si poteva guarire, ma ancor più uno strumento che, per un certo numero di casi gravi, permetteva di guarire[132]. Nella seconda metà del Settecento, anche se con scarsi risultati immediati[133] e pur continuando a funzionare un po' ovunque come luogo di ricovero soprattutto per emarginati, persone prive di qualsiasi sostentamento e donne in stato di gravidanza[134], l'ospedale iniziò quel processo di trasformazione, anche sul piano più specificatamente politico-amministrativo, che lo

[129] JETTER, 1986.

[130] ANNONI, 1982.

[131] GUTTON, 1977, p. 151.

[132] FOUCAULT (ed), 1979, p. 16.

[133] IMHOF, 1977.

[134] In tal senso si vedano per la Francia gli studi di COLIN-SONENSCHER, 1983; DINET-LECOMTE, 1986; SCILLACI, 1980. Relativamente all'Inghilterra gli studi di SIGSWORTH, 1972 e PICKSTONE, 1985.

avrebbe condotto via via nel tempo ad assumere le forme di moderna «fabbrica della salute»[135].

Si trattava, in altri termini, di ripensare l'ospedale in funzione di una strategia terapeutica concertata, allontanando ogni individuo privo di bisogni di tipo immediatamente sanitario ed eliminando al suo interno tutti quei disordini già lamentati più estesamente per il territorio: scarsa autorità dei medici, errate regole di vita, impreparazione del personale addetto agli infermi e via dicendo[136].

La progettazione, realizzazione e ristrutturazione degli istituti di ricovero e cura, fra i quali vanno annoverate anche le nuove cliniche specializzate e gli stabilimenti termali, offrirono così l'opportunità di sperimentare, in virtù di uno spazio ben delimitato e di un più facile esercizio dell'azione di controllo, l'efficacia degli orientamenti seguiti dalla politica sanitaria sul territorio: dal primato della conoscenza medico-scientifica alla prevenzione, dalla profilassi alla preparazione tecnico-scientifica degli operatori subalterni.

[135] FAURE, 1982; MURKEN, 1988.

[136] «In questi luoghi – scrive assai esemplarmente RACHETTI, 1802, p. CXXXII-CXXXIII – lo spettacolo dell'egra umanità trae, non dirò sol dagli occhi le lagrime, ma alla vista di mille atroci disordini eccita piuttosto in cuore il fremito della natura. Crudeli ingiustizie nell'accettazioni, onde talor si rigettano de' malati spiranti per ammetter coloro a preferenza, cui scieglie tutto giorno a suo talento l'impegno privato, e l'autorevole protezione; ignoranza profonda in non pochi ministri di salute, che introdotti una volta, mercé il veicolo di mille oscuri raggiri, quinci s'avanzano passo passo fino ad ottenere il diritto d'uccidere impunemente l'umanità; barbara trascuratezza in quelli, che destinati alla cura dell'esterne malattie, non appena eseguita massima operazione, ne abbandonano tosto il pensiero ad una turba di minori imperiti, che senza cuore, senza lumi, e senza esperienza inviano tutto giorno stuolo di sciagurati al sepolcro; confusione spaventosa nelle farmaceutiche officine, in cui, tra la folla delle preparazioni, i criteri di peso, e misura sono per lo più sconosciuti; un disordine mostruoso nella distribuzione degli ammalati, per cui essendone affidato eccessivo numero ad ogni medico, il consueto periodo delle visite non basta nemmeno talora ad impiegare un minuto per ciascun letto; la barbarie finalmente degl'infermieri, che trattano talora come nemici gli spiranti loro fratelli, costituiscono lunga serie d'abusi desolatori, per cui tradita è in questi grandi ricoveri la pietà degl'istitutori benefici, e sacrificata al predominio delle basse passioni l'umanità».

Ai medici direttamente impiegati nell'ospedale o a quanti incaricati della loro ispezione si attribuì la direzione delle cure, il compito di descrivere attentamente l'evolversi delle varie malattie e l'onere di verificare l'esistenza di tutte quelle condizioni indispensabili alla miglior riuscita dei trattamenti terapeutici.

Per allontanare il rischio del ristagno d'aria, tanto più pericoloso in un luogo in cui albergavano le peggiori malattie, si caldeggiava il rispetto del ben noto principio della ventilazione. Una struttura possibilmente a padiglioni[137] ed edifici con ampie finestre contrapposte in stanze dai grandi volumi o, in alternativa, l'uso di ventilatori meccanici, sull'esempio degli inglesi che li avevano introdotti sulle navi, nelle carceri e negli stessi ospedali[138], dovevano permettere un continuo e rapido ricambio d'aria.

La divisione interna degli ammalati per sesso e tipo d'infermità, una scrupolosa pulizia della persona, un comportamento disciplinato, una «corretta» alimentazione, l'esatta osservanza delle prescrizioni mediche e soprattutto personale infermieristico fidato, in grado cioè di eseguire correttamente gli ordini medici e di porre in pratica quanto previsto espressamente dai regolamenti[139], avrebbero dovuto in ultimo contribuire alla trasformazione dell'ospedale e di qualsiasi altro luogo di cura da «ricovero per moribondi, segnato dalle liturgie della *pietas* cristiano-barocca»[140], in moderna *machine à guérir*, dove anche il lavoro, secondo una prassi già consolidata nei secoli passati, trovava spazio fra i rimedi utili al recupero della salute. È quanto si sarebbe voluto realizzare, ad esempio, con la creazione del nuovo

[137] THOMPSON-GOLDIN, 1975.

[138] È quanto suggerì, ad esempio, il medico toscano Giovanni Gentile nella seconda metà del Settecento (PRUNAI FALCIANI, 1988).

[139] Sulla traccia, ad esempio, del *Regolamento del Regio Arcispedale*, 1783, successivamente ripreso nel *Regolamento de' Regi Spedali*, 1789, o del *Piano disciplinare*, 1790.

[140] FRASCANI, 1984, p. 299. Si veda, inoltre, FRASCANI, 1986.

ospedale generale di Vienna, voluto da Giuseppe II[141] o, sul versante toscano, con il risanamento dell'arcispedale fiorentino, perseguito da Pietro Leopoldo[142], ma è quanto, per analogia, ponendo sullo stesso piano infermità del corpo e infermità dello spirito, contagio fisico e contagio morale[143], si sarebbe voluto attuare anche negli istituti di detenzione. Entro i limiti della funzione correttiva della pena si coglieva, infatti, l'importanza di migliorare le condizioni di vita dei carcerati in modo sì da punire la «scellerataggine», ma non da opprimere l'umanità, ossia quel complesso di facoltà che distinguevano l'uomo dagli animali.

Le osservazioni dell'inglese John Howard sulla situazione riscontrata all'interno di alcuni istituti di pena[144], pubblicate nel suo celebre testo *The state of the prisons in England and Wales, with preliminary observations, and an account of some foreign prisons and hospitals*, avevano suscitato vasta eco nel suo paese e ben presto, valicandone i confini, anche nel

141 BERNARD, 1975/76. L'opera fu realizzata seguendo i consigli dello svizzero Tissot, autore di un testo intitolato *Piano per la costruzione di un ospedale dotato di clinica*, preparato nel 1782 per il ministro Firmian (SCOTTI, 1984, pp. 255-256). «Ce grand établissement – racconta ad inizio secolo il viaggiatore francese CADET DE GASSICOURT, 1818, p. 323 – a été très vanté, et mérite en partie sa célébrité. Les cours sont spacieuses, les bâtiment isolés et bien distribués, les communications faciles. Il peut contenir 4000 malades distribués dans 111 salles, sa voir: 61 pour les hommes, et 50 pour les femmes, de manière que chaque salle ne contient que 30 et quelques malades. Chaque salle a 26 pieds de longs, 17 de large, 8 de haut. On a conservé entre chaque ruelle de lit, 2 pieds et demi d'espace. Les salles sont éclairées des deux côtés: l'air y circule facilement. On a négligé de mettre pres de chaque lit une table pour poser les médicamens, mais on y voit un chaise couverte. Les lits n'ont point de rideaux. Au chevet, on remarque un tableau noir, divisé en colonnes dans lesquelles on iscrit le nom du malade, son âge, sa profession, le genre de sa maládie, le nom du médecin qui le traite, l'état dans lequel il etait lors de sa dernière visite, et les médicamens qu'on lui a prescrits ... Deux salles de clinique externe et interne sont destinées à l'instruction des éléves: elles ne contiennent chacune que douze lits». Più in generale sulla storia degli ospedali viennesi si veda JETTER, 1982.

142 BOCCADORO-ZANDRI, 1989.

143 GOLDSTEIN, 1984.

144 NALBONE, 1985, pp. 136-137.

resto d'Europa. Costui, nel descrivere le numerose prigioni visitate come altrettante sentine di vizio e di sporcizia, proponeva l'applicazione di una disciplina «dolce e prudente», più efficace, a suo dire, della severità, e si fece portatore di quel principio teresiano che stabiliva la separazione dei detenuti in base principalmente al reato e al sesso e riconosceva il lavoro come mezzo per correggere e rendere utili i malfattori[145]. Il carcere di Gent nelle Fiandre e la casa correzionale di Milano dovevano in parte rappresentare la realizzazione concreta di questi principi, ma mentre nel primo caso venne meno il principio del lavoro nel secondo fu il prevalere di vecchi schemi architettonici a sacrificare il principio della separazione[146].

Il piano di salvaguardia della salute pubblica rivelava, così, in questa trasposizione del progetto ospedaliero in quello carcerario e viceversa, il suo intimo intreccio con il grande sogno vagheggiato e coltivato dai riformatori e medici dell'Illuminismo settecentesco e per certi versi da quanti contemporaneamente lavoravano al progetto di città ideale[147]: ossia, per dirlo con le parole di Jean-Pierre Peter, l'ideale di padroneggiare, controllare, gestire la vita sociale, produrre una società esente da ogni malattia, respingere lontano le frontiere del disordine, dell'anarchia e della morte estendendo sempre di più l'ordine della civilizzazione, della ragione, della morale e della conoscenza[148]. Medici e riformatori del Settecento sembravano, dunque, voler raccogliere la sfida di giungere a conoscere in ultimo i meccanismi che animavano la società e il suo funzionamento, comprenderne

[145] NALBONE, 1985.

[146] VILLA, 1985, p. 138.

[147] Un esempio lo si può trovare nell'opera di MARULLI, 1808 in cui il «risanamento urbano», pur rispondendo a finalità d'ordine «igienico-sanitarie», diveniva espressione di un'inedita voglia di ordine in cui realizzare la città ideale e laica, trionfo della borghesia e dei nuovi ceti emergenti.

[148] PETER, 1975-76. L'associazione nell'ideologia medica del Settecento fra malattia ed esistenza di gravi situazioni di disordine morale è colta anche da PORTER, 1991.

le disfunzioni, e, eliminandole o semplicemente prevenendole, contribuire alla prosperità della nazione e al benessere della sua popolazione. Il ricorso stesso agli strumenti d'indagine[149] messi a punto dalla più moderna ricerca scientifica e l'applicazione delle scoperte effettuate nel campo della chimica[150], della fisica[151] e dell'osservazione anatomico-fisiologica[152], sembravano in definitiva rispondere a questo più intimo desiderio[153].

È significativo che proprio a fine Settecento Guyton de Morveau, promotore assieme a Lavoisier, Berthollet e Fourcroy di una nuova nomenclatura chimica, abbia pubblicato un *Traité des moyens de disinfecter l'air, de prévenir la contagion et d'en corrêter les progrès*. Si trattava della prima espressione concreta di quella ricerca del disinfettante-deodorante

[149] Per un'ampia panoramica di questi strumenti si veda di DAUMAS, 1953.

[150] Sugli sviluppi della chimica settecentesca si vedano PARTINGTON, 1972; CROSLAND, 1963; BOHM, 1964; SOLOV'EV, 1976; LEICESTER, 1978; CROSLAND, 1980; STRÖKER, 1982; ABBRI, 1984 e KLEINERT, 1985. Più in particolare per l'ambito italiano si vedano invece gli studi di ABBRI, 1982 e ABBRI, 1989.

[151] BELLONE, 1990.

[152] IMBAULT-HUART, 1975.

[153] «Altronde – scriveva il noto medico toscano BARZELLOTTI, 1806, pp. XII-XIV – non essendo che una chimera, per molti fatti raccolti da uomini sommi, che han seguitati i contagi dal primo loro sviluppo nei più occulti andamenti di essi fino ala total cessazione, che dessi possano senza un principio specifico che li produca spontaneamente svilupparsi e generarsi; e che le cause atmosferiche, come quelle dietetiche, anziché favorirne la propagazione, non ne abbiano che motivato il principio e l'origine, danno un appoggio sempre più forte al legislatore, per credere e stabilire, che l'uomo può e deve esser liberato, come gli altri animali, da nemici estranei alla loro natura. Quindi valutando esso ciocché la fisica e la chimica gli somministrano di positivo per attaccarli e distruggerli; quanto la sagace medicina ha raccolto osservando sopra l'indole di ciascun contagio, sulla forza di esso, sulla modificazione cui non di rado per altre cagioni estranee ala di lui natura soggiace, può cavar partito sicuro per costruire il sistema o il codice di sanità, modificarne all'occasione le diverse leggi, riducendole a principi di ragione, e di giustizia, mettere in sicuro ed in accordo la vita, la salute, e l'interesse dei popoli e delle Nazioni».

chimico o dell'antimefitico in grado di vincere con il cattivo odore, ogni potere asfissiante e rischio epidemico[154]. Ma si trattava anche dello stesso potenziale innovativo che, applicato alla farmaceutica, avrebbe contribuito a rivoluzionare i contenuti delle farmacopee ufficiali[155], decretando la scomparsa dagli elenchi di spezieria di molti dei farmaci più «stravaganti», sostituiti, pur conservandone talvolta l'antica denominazione, da nuove composizioni, frutto della ricerca di laboratorio. Come già accaduto in Germania, Francia, Austria ed Inghilterra[156], anche il nuovo *Ricettario fiorentino* del 1789, voluto da Pietro Leopoldo, rompeva con la tradizione del passato, dando vasta risonanza alle scoperte di una chimica «sempre più coltivata ed estesa alla farmacia» e i cui ritrovati venivano utilizzati tanto nella disinfezione preventiva[157] quanto nella terapia[158].

E non era tutto: la chimica e i suoi metodi di analisi applicati all'esame degli alimenti e delle bevande potevano rivelarsi di grande utilità per riuscire ad individuare preventivamente la presenza di eventuali componenti tossiche[159]. In particolare, nel caso dell'acqua, sarebbero state proprio le analisi chimiche, eseguite per carpire i segreti delle fonti medicamentose[160], a fornire i primi parametri utili alla determinazione del nuovo concetto di potabilità. In questo modo la

[154] CORBIN, 1982, p. 147. GUYTON DE MORVEAU, 1798 fu preceduto da COMBE BLANCHE, 1782.

[155] URDANG, 1953, p. 411.

[156] Si vedano, ad esempio, COWEN, 1957; GAZINGER, 1962 e GAZINGER, 1974.

[157] È utile osservare come il termine di disinfezione o «disinfettazione» nasca e si diffonda, secondo quanto suggerito da PAZZINI, 1948 (a), p. 132, proprio nel corso del Settecento.

[158] Ne furono autori, con la collaborazione di Agostino Rensi, in qualità di estensore, i medici Luca Martini, Gesualdo Vannucci, Alessandro Bicchierai e gli speziali Ignazio Mini, Alberto Francesco Höfer e Pietro Giuntini (CORRADI, 1887, pp. 78-82).

[159] A simili applicazioni è dedicata l'opera di REMER, 1816.

[160] TAIANI, 1991.

scienza chimica, rivoluzionata nei contenuti e nel linguaggio dall'affermarsi delle concezioni di Lavoisier, sortita dai laboratori segreti per approdare nella vita di tutti i giorni[161], poneva la sua carica innovativa al servizio dell'utopia medica volta a scartare dall'organismo umano, così come la moderna scienza amministrativa dal corpo sociale, ogni causa di cattivo funzionamento o di disordine.

«Per quanto sia sempre stato disastroso e difficile – scriveva, ad esempio, un altro medico toscano Ottaviano Targioni Tozzetti in occasione dell'epidemia livornese del 1804 – l'estirpare certe pericolose malattie, pure le cognizioni, che abbiamo acquisite dallo studio, e dai progressi della chimica ci mettono in grado di potere con maggiore facilità e in breve tempo (lo che non potevano fare i nostri antecessori) debellare tali malattie e distruggerle interamente»[162].

Al contributo dato dalla chimica e dalla fisica si aggiunse infine quello fornito dall'anatomia e dalla fisiologia i cui studi si sarebbero sviluppati nel corso della seconda metà del Settecento anche grazie ad una tecnica più perfezionata d'osservazione e di figurazione della struttura del corpo. Con l'iniezione di liquidi colorati nei vasi divenne possibile seguirne le ramificazioni, mentre con una migliore incisione, la fabbricazione dei primi modelli in cera[163] e l'apparizione di importanti collezioni anatomiche si riuscì a documentare il lavoro degli anatomisti e a diffonderne la conoscenza[164]. A completamento del quadro va infine ricordata la messa a punto, nella prima metà dell'Ottocento, di alcuni strumenti

[161] In tale logica s'inserisce anche la pubblicazione a Firenze nel 1787-1788 degli *Opuscoli chimici e fisici di Torberno Bergman tradotti in italiano con aggiunte e note* da Giovanni Fabbroni e al cui interno si trova il discorso *Dell'utilità della chimica applicata ai diversi bisogni della vita umana*, II, pp. 7-120 (PASTA, 1989, pp. 202-212).

[162] ASF, *Segreteria di Stato 1765-1808*, *Affari di sanità*, filza 133, memoria del medico Ottaviano Targioni Tozzetti dell'1 dicembre 1804.

[163] Si vedano sull'argomento gli *Atti del congresso internazionale sulla ceroplastica*, 1977.

[164] SHRYOCK, 1977, pp. 36-41.

d'indagine diagnostica. Fra questi è d'obbligo citare lo stetoscopio di Laënnec[165], vero «strumento filosofico» in quanto si collegava a una rottura epistemologica, a una mutata visione globale. I medici che lo usavano erano *nouveaux philosophes* in quanto erano «osservatori», «analisti», ispirati a un mutato concetto di malattia[166].

Ne seguì una radicale trasformazione del rapporto fra medico e paziente[167] che si riflesse nelle diverse modalità seguite nell'esecuzione della visita sull'infermo. Alla visita classica, ancora utilizzata dal Morgagni e che si avvaleva di tecniche verbali, visive e manuali, si sostituì un nuovo modello d'indagine essenzialmente fondato sui suoni rilevati dal corpo del malato, studiato con la percussione e l'ascoltazione attraverso lo stetoscopio e arricchito da una nuova e diversa consapevolezza concreta, localistica, della malattia fornita dall'adozione dell'autopsia come verifica della sintomatologia clinica, conseguenza delle lesioni anatomiche nei singoli organi[168].

5. *Uno sguardo al Principato vescovile di Trento*

Mentre nel resto d'Europa s'intensificava l'impegno a favore dei nuovi obiettivi indicati dai teorici della neonata scienza della polizia medica, nulla di tutto questo sembrava accadere nel territorio del Principato vescovile di Trento.

Giuseppe Pinamonti, in una sua nota descrizione di Trento e dintorni, pubblicata nel 1836, accusava senza alcuna reti-

165 TIMIO, 1986. Sui presupposti teorici di questa scoperta si veda invece COURY, 1974, pp. 64-73.

166 COSMACINI, 1987, p. 273.

167 SZASZ-KNOFF-HOLLENDER, 1958; BETRI, 1984; SHORTER, 1985. Per un diverso approccio a questo stesso problema si veda anche per i secoli XIX e XX GÖCKENJAN, 1986.

168 PREMUDA, 1985/86-1986/87. Si vedano anche NEWMAN, 1957, in particolare le pp. 87-93 e ALBURY, 1982.

cenza la scarsa considerazione mostrata dal governo principesco verso i problemi dell'igiene e della sanità pubblica.

«Non facciamo parola – affermava assai sinteticamente – della nettezza, né delle provvidenze di polizia onde procurare la sanità negli abitanti; ché dovremmo dire cose le quali non sarebbero credute da nessuno, fuorché da quelli che ne fecero a noi tali descrizioni da dover restarne maravigliati»[169].

È certo, tuttavia, che una simile negligenza, se tale la si vuol chiamare, era riconducibile più alla particolare condizione politico-istituzionale in cui viveva il Principato della seconda metà del secolo XVIII[170] che non ad un volontario e calcolato immobilismo[171]. La cura di gran parte degli oggetti «politico-sanitari» era, infatti, di pertinenza delle autorità periferiche o delle singole comunità. Proprio in considerazione di questo limite non va, pertanto, sottovalutata la portata di alcuni provvedimenti che, per quanto isolati o frammentari nella trattazione della materia, testimoniano, se non altro, anche per questa ristretta fascia di territorio, una certa e crescente attenzione al tema della salvaguardia della salute pubblica.

In tal senso merita di essere segnalato un intervento del principe vescovo Domenico Antonio Thunn. Costui pubbli-

169 PINAMONTI, 1836, p. 89.

170 «In pieno Settecento l'organizzazione del Principato vescovile di Trento era ancora modellata su schemi di origine medievale, riflettendo la commistione tra funzioni amministrative e giurisdizionali e fondandosi su un particolarismo giuridico che assumeva qui caratteri forse ancor più accentuati che in altre parti d'Italia» (DI SIMONE, 1992, p. 159). Per ogni altra considerazione sul governo dei Principi vescovi di Trento nel secolo XVIII si vedano gli elementi forniti da DONATI, 1975; MERIGGI, 1985 e STELLA, 1987.

171 È opportuno premettere che non esistono al momento studi esaurienti sulla situazione sanitaria del Principato vescovile nel Settecento. Le poche informazioni riportate sono pertanto frutto in parte di una precedente ricerca già pubblicata (RENZETTI-TAIANI, 1985) e in parte di nuove indagini archivistiche che lasciano, tuttavia, aperti numerosi interrogativi. Per dovere di nota si segnala solo un breve articolo di VALENTI, 1932.

cò il 26 febbraio 1743 un proclama volto a contrastare alcuni abusi nell'esercizio delle professioni mediche riscontrati soprattutto nelle valli di Non e di Sole[172]. In questo proclama, oltre a stabilire l'ammontare dei compensi spettanti a medici e chirurghi per ogni diversa prestazione fornita e ad approvare come tariffa dei medicinali quella in vigore a Venezia, si fissavano i principali requisiti in base ai quali ammettere nuovi individui all'esercizio delle varie professioni sanitarie. I titoli di medico e chirurgo e l'autorizzazione ad assistere gli infermi sarebbero stati riconosciuti solo a coloro in possesso di un «Grado riportato presso un'università pubblica» e di un attestato che avesse confermato l'esperienza fatta in «buoni ospedali» o «sotto medici periti»; la licenza ad esercitare la professione dello speziale sarebbe stata concessa solo a coloro in grado di dimostrare di aver svolto sufficiente pratica presso un altro «perito speziale», mentre, infine, sarebbero state abilitate all'esercizio dell'ostetricia solo quelle donne preventivamente esaminate da due medici. Nello stesso proclama, inoltre, si ordinava ai medici ed ai chirurghi di eseguire, quando richiesto, la visita delle spezierie, di non prescrivere medicamenti «spagirici» nel caso non fossero stati perfettamente a conoscenza della loro composizione e delle tecniche di manipolazione, di non mantenere rapporti d'affari con gli speziali e d'indicare i medicinali prestando attenzione anche alle risorse economiche del paziente.

Il proclama vescovile enunciava inoltre anche alcune regole di comportamento: era fatto divieto ai chirurghi, alle mammane ed ai «ciarlatani» di «dare alcun medicamento per bocca» e, in particolare ai chirurghi, di eseguire salassi agli infermi senza la prescrizione del medico: si diffidavano i «friauleri» dal vendere «composti da pigliarsi per bocca, come sarebbe a dire Elettuari, o Confezioni, o Teriaca, né veleni»; si proibiva, infine, agli speziali lo smercio dei me-

172 Si conosce il testo di questo proclama grazie alla trascrizione pubblicata sul «Bollettino dell'Associazione Medica Tridentina», anno XLIV, 1929, n. 6, pp. 287-296.

dicinali senza un espresso ordine scritto da parte di un medico e la vendita di quelli «spagirici» senza una sufficiente conoscenza della materia chimica.

Il proclama fu successivamente pubblicato nelle altre zone del Principato ed integrato da altre normative: nel 1744, ad esempio, il Vicario generale di Fiemme pubblicava un editto vescovile con cui si vietava a tutti i chirurghi di Tesero e Cavalese «di medicare internamente»[173], mentre cinque anni dopo un nuovo decreto del principe vescovo inibiva ai medici la vendita dei medicinali in modo da eliminare il «grave danno» causato agli speziali[174]. In particolare, riguardo a costoro, un editto del 28 gennaio 1760 pubblicava l'elenco dei medicinali semplici e composti di cui ogni spezieria del Principato doveva risultare fornita al momento dell'ispezione annuale[175], mentre un altro editto del 2 marzo 1761, pubblicato dall'allora vescovo Francesco Alberti d'Enno, sollecitava gli speziali già operanti nel territorio del Principato ad aprire nuove succursali nei paesi ancora privi di tali eser-

[173] AMCF, *Libro dei voti della Magnifica Comunità di Fiemme iniziato l'1 maggio 1742 e terminato il 3 giugno 1764*, f. 43r. Il provvedimento non lasciò indifferente la Comunità che subito dopo la sua pubblicazione decise di inviare una propria delegazione presso il principe vescovo di Trento per ottenere la revoca del divieto per i «poderi», ossia chirurghi empirici, di medicare (*ibidem*, f. 45v.). La popolazione riponeva, infatti, grande fiducia nella loro capacità di risolvere le situazioni più difficili. D'altronde, prima ancora di sottoscrivere accordi pubblici con dei medici, la Comunità di Fiemme si preoccupò di assicurarsi con analogo mezzo le prestazioni di questi «chirurghi» (cfr. il contratto del 1687 con Giovanni Antonio Braito trascritto da don Lorenzo Felicetti in «Bollettino dell'Associazione medica Tridentina», XLI, 1926, n. 10, pp. 398-399).

[174] AMCF, *Libro dei voti della Magnifica Comunità di Fiemme iniziato l'1 maggio 1742 e terminato il 3 giugno 1764*, ff. 124v.-125r.

[175] Il testo dell'editto è riprodotto fedelmente in BERTOLUZZA, 1973, pp. 44-45: «Index rerum petendarum in visitationibus Officinarum Aromatariorum totius Principatus Tridenti, de quibus est solvenda poena in eventum, quod dicti Aromatarii eas in suis Officinis non habeant, nec propter hoc excludantur, quin aliae res ad rem Medicam spectantes peti possint iuxta». L'elenco dei medicamenti fu approvato e firmato dai quattro medici Francesco Borsieri, Nicolò Gottardo Zucchelli, Simone Turcati e Orazio Consolati.

cizi; per spingerli a tale decisione si comandava agli amministratori locali di accoglierli nella propria Comunità riconoscendo loro e a tutta la famiglia i *diritti dei cittadini* residenti[176]. Infine un ordine del principe vescovo Pietro Antonio Thunn dell'1 gennaio 1791 rendeva noto un tariffario dei medicinali valevole per il Marchesato delle Giudicarie. I «gravi disordini» lamentati dalla popolazione avevano, infatti, indotto il vescovo di Trento ad inviare in visita in quelle zone il medico Giovanni Battista Scarpari di Borgo Valsugana e lo speziale Alessandro Volpi di Trento. Al termine dell'accurata ispezione i suggerimenti dei due delegati confluirono nella normativa che stabiliva per il biennio successivo elenco e prezzi dei medicinali da porre in commercio nelle spezierie di quel territorio[177].

Parte dei principi affermati da tutte queste norme erano contemplati dai capitoli 13, 122 e 123 degli statuti della città di Trento, la cui validità era estesa a tutto il territorio del Principato: nel primo si stabiliva il divieto per medici e speziali di tenere capitali in società; nel secondo si proibiva a chiunque l'esercizio della professione medica qualora fosse privo dei necessari requisiti, ossia il titolo di studio conseguito presso un'università riconosciuta e la licenza *pro libera praxi* ottenuta dal principe vescovo e contestualmente dai consoli; nel terzo, infine, si prevedeva un'ispezione annuale a tutte le spezierie per verificare la qualità e la quantità dei prodotti posti in vendita[178].

Su tutte queste materie era poi ripetutamente intervenuto anche il Magistrato consolare di Trento. Già nel 1709, constatato il fondamento di «alcune doglianze», quest'organismo aveva proibito da un lato ai chirurghi di «dare medicamenti per bocca» e di praticare salassi agli infermi «senza

176 Di questo editto si parla nelle memorie della famiglia Graziadei di Caldonazzo (BRIDA, 1990, p. 411). Fu, infatti, proprio grazie ad esso che questa famiglia decise di trasferirsi da Calavino a Caldonazzo per aprirvi nel 1771 una spezieria.

177 *Tassa medicinali semplici*, 1791.

178 *Statuto di Trento*, 1714.

partecipatione, e licenza de' Medici» e dall'altro agli speziali di «spedire alcun recipe de' purganti e solutivi» se privo della firma di un medico[179]. Identiche regole furono successivamente riaffermate nell'atto civico del 9 agosto 1735, emanato contro i consueti «gravi disordini»[180], mentre, nel 1751, un atto civico del 7 agosto[181] negava nuovamente a chiunque la licenza di esercitare la professione medica se privo dei requisiti stabiliti.

Non per questo cessarono, tuttavia, gli abusi e le irregolarità. Ancora nel 1790 il medico Francesco Borsieri in una sua memoria manoscritta faceva esplicito riferimento a tutti quei «disordini in materia del medicare» che non potevano più essere ulteriormente tollerati: il mancato rispetto da parte

[179] BCT, *Archivio Consolare*, ms 3925, *Atti civici dai 10 gennaio 1707 ai 9 gennaio 1710*, f. 134r. Più precisamente fu proibito «di dare medicamenti purgativi e solutivi per bocca all'infermi, ma anche cavargli sangue senza partecipatione, e licenza de' Medici. Sotto le istesse pene fu proibito a' suddetti Signori Speziali di dare ad alcuno medicamenti solutivi e purgativi, anco non composti, sebene vi fosse l'ordine chirurgico; anzi, per maggior cautella fu commesso a' medemi ... il non spedire alcun recipe de' purganti e solutivi, che non sii sottoscritto da Medici».

[180] BCT, *Archivio Consolare*, ms 3931, *Atti civici dai 11 maggio 1735 ai 29 maggio 1737*, f. 20r.

[181] BCT, *Archivio Consolare*, ms 3942, *Atti civici dai 28 maggio 1751 ai 29 maggio 1753*, f. 27: «D'ordine e comando dell'Ill.mo Sig.r Console e Proveditori di questa Città di Trento. Essendo le Sig.rie loro Ill.me state fatte consapevoli come che certa sorte di Giente Forestiera, che vanta sapere l'arte medica, senza nepure aver gustato li primi ellementi di quela si facia lecita di prescrivere, e supeditare alli poveri amalati medicine tutto contrarie a loro male, dal che siegue ben spesso, che oltre il dispendio, ne devono lasciare la vita, et essendo ciò anco contro la disposicione statutaria al Cap. 122 de sindicis però col tenore del presente Pubblico Proclama che verà affisso ne luoghi soliti di questa Città si comete, e seriamente si comanda a Cadauna Persona Forestiera ad astenersi dal medicare in questa città o suo Distretto giente di sorta alcuna sotto qualsiasi pretesto, causa o colore, se prima non si sarà presentata avanti l'Ill.mi Sig.ri Consoli, et a medemi avrà mostrato il Privilegio del suo Dottorato ottenuto in una Pubblica Università, e se prima da medemi Sig.ri Consoli non verrà approvato ad esercitare tall'officio, da essere indi presentata tall'Aprovacione a sua A.R. Vescovo e Prencipe Nostro per ottenere dal medemo la conferma sotto pena di lire cinquanta di buona moneta».

dei chirurghi dell'obbligo di sottostare all'autorità del medico[182], lo smercio incontrollato da parte dei droghieri di veleni e rimedi abortivi, la vendita da parte degli speziali di medicinali senza alcuna ordinazione medica, l'inesperienza di «villani» conciaossa che privi di qualsiasi cognizione anatomica rendevano irrimediabilmente storpi i pazienti affidati alla loro cura, l'imprudenza di «falsi» erniari che operando indistintamente producevano solo danno e, non ultimo, l'imperizia di tanti ciarlatani ed empirici di ogni sorta che, approfittando dell'ignoranza del popolo «sprovveduto e credulone», rendevano vana, ostacolandola, la più salutare azione del medico[183].

[182] Un chiaro segnale della crescente insofferenza con cui la classe medica guardava alle interferenze dei semplici chirurghi è la polemica che oppose, negli stessi anni in cui il Borsieri stendeva le sue note manoscritte, il chirurgo Bartolomeo Gerloni di Trento ad un medico celatosi dietro l'anonimato. Costui, forse il rivano Benigno Canella, pubblicò una violenta *Risposta ai due libercoli*, 1792, nella quale stigmatizzava, fra le altre cose, l'uso impertinente da parte del Gerloni del titolo di medico-chirurgo. Già nel secolo XVII, d'altronde, Scipione Mercuri non aveva usato termini più blandi nei confronti dei «baldanzosi» chirurghi: «Questi empirici, cerugici, o barbieri, di tante cose, che deve saper il medico, per conoscer i mali, e saperli ben medicare non ne sanno nulla, non conoscono la natura del male, non le cause, meno i segni, non sanno qual sia il temperamento dell'infermo, quali le qualitadi de i medicamenti, quando sia la opportunità dell'adoperarli, dunque non può medicare, dunque medicando sono prosontuosi et arroganti, quando non si arrosiscono di essercitar arte tanto importante, et non si curano, ne fan conto di perder l'anima propria poiché ogni volta, che ciò fanno peccano mortalmente, a questo prosontuoso procede benissimo han disposto le leggi, e statuti, poiché si vede, che mentre alcuno sia accusato d'haver medicato, o dato medicine non essendo dottore è punito gravissimamente; ma è tanta l'avaritia e la dolcezza del succhiar il sangue a quelli incauti, che si fidano di questi empirici, che non temono ne leggi ne statuti» (MERCURI, 1645, p. 207). Allievo della scuola fiorentina (COTURRI, 1958), Bartolomeo Gerloni fu autore di vari scritti. Fra questi per l'appunto i due che avevano suscitato le ire dell'anonimo medico: GERLONI, 1790 (a) e GERLONI 1790 (b) cui si aggiunse poco dopo GERLONI, 1792.

[183] Si tratta delle *Brevi riflessioni riguardo alla Sanità, e pubblico bene umiliate al fino discernimento, e paterno zelo de' Superiori da Francesco Borsieri* conservata in BCT, ms 452, ff. 15-28. Di questa memoria esiste una copia presso BMFI, ms 1260, con l'indicazione di data assente dall'esemplare trentino.

Le *Brevi riflessioni* del medico Borsieri, fratello del più noto Giambattista, clinico d'indiscussa fama e predecessore all'Università di Pavia del celebre Tissot, proponevano soluzioni ai problemi esposti e testimoniavano contestualmente anche la diffusione in ambiente 'trentino' dei più maturi principi «riguardo la sanità e pubblico bene della popolazione». Francesco Borsieri[184] aveva redatto questi appunti su invito del Magistrato consolare di Trento come base di discussione per la preparazione di una normativa che avrebbe dovuto inaugurare per la città di Trento, ma praticamente per l'intero territorio del Principato, un intervento più organico in materia sanitaria. Nei suggerimenti avanzati dall'anziano medico, forse un affiliato della massoneria[185], ma sicuramente socio dell'Accademia degli Agiati di Rovereto[186], si scorgono, seppur frammentariamente, le principali linee d'intervento su cui si erano già mossi alcuni governi europei e sulle quali muoveranno successivamente nel territorio dell'ex Principato anche i governi bavaro, napoleonico ed austriaco.

Il Borsieri auspicava innanzitutto un maggiore coinvolgimento della classe medica nelle decisioni di materia sanitaria in virtù dell'ampio riconoscimento tributato alla preparazione scientifica conseguita dai suoi membri attraverso la frequenza di corsi universitari e una lunga pratica nelle corsie d'ospedale. A tal fine la sua proposta, ancor prima

[184] Francesco Borsieri, figlio del medico Francesco, nacque a Civezzano nel 1721. Studiò medicina nell'Archiginnasio della Sapienza in Roma, dove si laureò nel 1744; alla laurea fece seguire una lunga pratica nei più importanti ospedali romani. Per ragioni di salute fu quindi costretto ad abbandonare Roma e a rientrare in patria nel 1751 circa, anno in cui presentò istanza al Magistrato consolare di Trento di poter esercitare in quella città. Qui svolse la sua attività fino al momento della morte che lo colse l'11 dicembre 1804. Fratello maggiore di Giovanni Battista e di Pietro, entrambi medici, fu padre di Giuseppe Teodorico che scelse la medesima professione (TOVAZZI, 1889, pp. 93-94).

[185] È quanto sostiene RUDEL, 1925, p. 307. Sulla penetrazione della massoneria in Trentino si veda REINALTER, 1985, pp. 607-618 e ZIEGER, 1925.

[186] *Memorie dell'I.R. Accademia*, 1903, p. 399.

di guardare alla disciplina delle varie professioni, suggeriva un ampliamento dell'Ufficio di sanità del Magistrato consolare. Ai sette membri normalmente in carica avrebbero dovuto così affiancarsi altri tre medici scelti tra i più savi e dotti della città ed uno o due chirurghi. La partecipazione allargata avrebbe dovuto garantire, grazie ad un effettivo potere e ad un'indubbia competenza, il concreto rispetto di un principio in fondo assai semplice: tutte le attività che si svolgevano nell'ambito della «professione la più gelosa e la più interessante per la conservazione della vita» dovevano rispettare i limiti imposti dalla preparazione scientifica e da quella gerarchizzazione dei ruoli che collocava il medico o la nuova figura del medico-chirurgo al vertice della piramide.

«Sarebbe dunque da desiderarsi – scriveva il Borsieri –, che venissero scelti, e uniti al Magistrato di Sanità tre de' più savi e dotti medici della Città, giudicati tali senza riguardi, o impegni, ed uno, o due Cerusici scientifici col titoli di Censori del suddetto Magistrato, da cui riceveranno il giuramento e l'autorità di far ... punire i trasgressori, li quali per la prima volta verranno seriamente ammoniti, la seconda sospesi dall'esercizio della loro professione a tempo limitato, o perpetuo, a tenore della gravezza de' fatti, e disubbidienza, e perfine, se li delitti sieno di tal peso, anche puniti secondo le leggi criminali di chi ne ha l'autorità»[187].

Non mancano, poi, in altra parte della memoria i riferimenti ai consueti disordini 'igienici' da eliminare.

In primo luogo, contro la costante minaccia rappresentata dai vapori putridi e graveolenti, il medico sostenne l'urgente necessità di costruire quanto prima un nuovo cimitero al di fuori della cinta muraria. All'epoca, infatti, venivano ancora utilizzati per le sepolture i quattro cimiteri parrocchiali esistenti all'interno della città[188].

[187] BCT, ms 452, *Brevi riflessioni*.

[188] Secondo quanto riportato dall'amministratore Carpentari in una lettera del 29 aprile 1806, indirizzata all'Ufficio consolare, nella quale traccia una breve storia del nuovo cimitero di Trento (AST, *Capitanato circolare di Trento*, *Serie speciale*, cart. 558).

«Gran vantaggio recherebbe alla salute l'erezione di un campo santo, o sia Cimiterio fuori di Città in sito tale, che le esalazioni cadaveriche non potessero esser risospinte verso la città, appestare l'aria e cagionare malattie putride maligne, o pestilenziali, o almeno rendere cachetici, e scorbutici gli abitanti, come sono li Becchini, e gl'infermieri de' spedali i quali vivono bensì, ma vivono sempre infermicci, e cagionevoli di salute»[189].

Le «funeste conseguenze ... all'umana salute» che potevano derivare «dalli disordini in materia di sepoltura, sì per la ristrettezza de' cimiteri, che per la disattenzione e vile interesse di chi ne tiene l'ingerenza» formarono oggetto d'altronde anche di un pro memoria consegnato dai capi quartiere della città al Magistrato consolare. Gli autori dello scritto, probabilmente di poco precedente alla memoria del Borsieri, sollecitavano il Magistrato consolare ad avviare una seria riflessione sui seguenti punti:

«1) Se vogliansi formare il campo santo tutto in un recinto ad uso di tutte e quattro le parrocchie interne di questa città unitamente, oppure se cadauna voglia formarsi il suo separatamente;
2) quali fondi sì nell'uno, che nell'altro caso potrebbero servire a tal effetto;
3) se vogliasi proibire, o no in avvenire il farsi seppellire nelle tombe di famiglia esistenti nelle chiese;
4) in qual modo preciso o sicuro abbia il Magistrato da incassare previamente il danaro occorrente per la compra del sito e fabbrica del medemo»[190].

Il medico Bosieri rivendicava precisi e tempestivi interventi anche contro tutte le altre fonti «occasionali» di miasma e invitava ad una più regolare pulizia delle strade, a disostruire i condotti d'acqua, a detergere le latrine, a svuotare i pozzi neri e, non ultimo, ad allontanare dall'abitato tutte le lavorazioni particolarmente tossiche fra le quali citava la concia delle pelli, la fabbrica dei pallini di piombo, la produzione delle candele di sego e la preparazione della calce. Contro i danni provocati direttamente o indirettamente dal-

[189] BCT, ms 452, *Alcune riflessioni degne d'attenzione riguardo alla Sanità.*

[190] BCT, ms 2139. Il documento non riporta alcuna indicazione di data.

le inondazioni il medico trentino sottolineava, quindi, la necessità di provvedere all'arginamento dei corsi d'acqua, mentre sul versante dell'alimentazione dava particolare rilievo al divieto di vendere frutta immatura e di concimare gli orti con i prodotti delle latrine. Un ultimo punto, ma solo in ordine di esposizione, poiché in realtà assai sentito dal Borsieri e grandemente avvertito in tutta la cultura del tempo, era quello relativo all'accertamento dello stato di morte. Secondo quanto concordemente affermato dai più celebri Zacchia, Lancisi e van Swieten, anche il medico trentino si diceva favorevole ad autorizzare la sepoltura solo dopo aver fatto trascorrere almeno ventiquattr'ore dal momento della morte. Nel caso, invece, di donne decedute durante il parto, così come per annegati od asfissiati, il termine doveva essere elevato a non meno di settantadue ore. Solo i primi segni di putrefazione potevano, infatti, escludere con assoluta certezza il dubbio che si trattasse di morte apparente o che vi fosse ancora speranza di vita per il feto.

Del tutto ignorato appare invece il tema della profilassi preventiva. Nella memoria del medico – ma non se ne trova traccia neppure in altre fonti trentine del periodo – non si fa alcun riferimento all'innesto del vaiolo e al dibattito che altrove aveva coinvolto ampie frange di intellettuali. Solo in un'annotazione aggiuntiva, si proponeva l'adozione del regolamento contro la tubercolosi introdotto in Toscana per iniziativa del celebre Cocchi nel 1754[191], ma successivamente revocato nel 1783 per il prevalere della tesi opposta che sosteneva la non contagiosità dell'«etisia»[192].

[191] L'attenzione del Borsieri per il problema della tubercolosi è forse da porsi in relazione con l'interesse, talvolta polemico, suscitato dalla coeva pubblicazione del medico SALVADORI, 1789. Per brevi notizie biografiche sul medico Salvadori (1736-1808) si veda *Matteo Salvadori*, 1926.

[192] Ne fa menzione lo stesso sovrano PIETRO LEOPOLDO, 1969-1974, III, pp. 152-153 che, in riferimento all'editto del 4 ottobre 1783, che aboliva il citato regolamento del 1754, parla dell'«antico pregiudizio» che colpiva i tisici trattati in Toscana al pari degli appestati. Della polemica sulla contagiosità o meno della tisi si occupa CECCARELLI, 1968, pp. 111-120.

Parte dei suggerimenti avanzati dal Borsieri trovarono immediata applicazione.

Nel 1793 fu, infatti, decisa la costruzione del nuovo camposanto utilizzando «parte dell'orto de' padri minori conventuali di S. Francesco»[193], mentre un proclama del 17 dicembre regolamentava l'accesso alle professioni sanitarie introducendo alcune novità di rilievo[194].

Il provvedimento, distinto in dieci punti e valido per la città di Trento e sua Pretura, si rivolgeva a quattro differenti figure professionali: medici, chirurghi, bassi chirurghi e mammane. Per i primi prevedeva, solo nel caso in cui fossero forestieri, oltre a quanto era stabilito dal capitolo 122 «de' Sindici», un esame scritto sulle quattro parti della materia medica[195]; per i secondi, senza vincolo di origine, un simile esame sulle cinque parti della chirurgia. I flebotomi o barbieri dovevano invece sostenere un esame orale, impostato sulle materie della loro «manuale professione», a conferma di un'abilità che era richiesta ed esaminata anche per le mammane. Il gruppo di esaminatori doveva essere costi-

193 AST, *Capitanato Circolare di Trento, Serie speciale*, cart. 558.

194 Anche il testo di questo proclama è fedelmente riprodotto in BERTOLUZZA, 1973, pp. 51-52.

195 La regola fu applicata, ad esempio, al medico veronese Gianmaria Bernardi, il quale, esaminato dai medici Francesco Borsieri e Domenico Zucchelli, ottenne l'8 gennaio 1798 l'approvazione e l'autorizzazione ad esercitare: «Mos qui in hac civitate per tria jam secula feliciter viget, ne advenae ad medicam artem exercendam admittantur nisi prius periculum de propria doctrina facerent, quantum novae commendationis atque ornamenti acceperit ab exhanlato nuperrime tentanime nobilis et excellentis viri Joannis Mariae Bernardi veronensis, lubenter, meritoque testamur. Ab eodem quippe recepimus cum nedum versatum esse in quatuor partibus quae medicam artem complectuntur, verum ex testimonio excellentissimorum virorum, quos ad judicium ferendum specialiter selegimus, difficultates ex propositis casibus, questionibusque scatentes viriliter ab eodem evolutae sunt. Quapropter praesentium vigore testamur praefatum nobilem et excellentem virum ita ea explevisse quae patriae leges sanciuntur, ut a nobis, excelso imperiali regio administrativo senatu confirmante, facultatem receperit medicam artem per amplum districtum qui Praeturam Tridentinam complectetur liberrime exercendi» (*Il Trentino all'epoca delle occupazioni francesi*, 1898, pp. 110-111).

tuito da quattro medici per la categoria dei medici, e da un medico e da un chirurgo per quelle dei chirurghi, dei flebotomi e delle mammane. Le pene previste per coloro che non si fossero attenuti ai dettami dell'editto erano la proibizione dell'«ulteriore esercizio nei rispettivi impieghi» oltre quella pecuniaria fissata nel capitolo 122, maggiorata nei casi più gravi. Apparentemente senza risposta restava, invece, la domanda di agire con energia contro quel folto gruppo di «impostori» e «truffatori» che secondo la nota posizione espressa dal Tissot attentavano quotidianamente alla vita del popolo.

«Si bandiscano per sempre – scriveva il medico trentino –, come in oggi si pratica dappertutto, da questa Città, e Principato, tutti i Cerretani, Saltimbanchi, Segretisti, Empirici, Spagirici, Astrologi, Zingari e simil sorta di Canaglia, quai Ladroni, Impostori e Truffatori della vita, e del denaro altrui. Questi con arte soprafina, e particolare pregni di rigiri, e di bugie sanno ingannare e truffare la maggior parte del popolo, indi partendo col bottino trionfano della loro iniquità, e destrezza, si danno bel tempo, e si beffeggiano della dabbenaggine del paese»[196].

Di costoro non si parlava affatto nel proclama, forse a testimonianza dell'effettiva difficoltà e del conseguente imbarazzo nel riuscire a stabilire una distinzione fra «ciarlatani» e le tante figure di terapeuti empirici in grado di garantire ugualmente alla popolazione, seppur privi di un'istruzione scientifica, un'efficace ed insostituibile «consulenza» sanitaria. È certo, infatti, che la popolazione sparsa sul territorio affrontasse l'evento malattia, nonostante la presenza di qualche medico[197], affidandosi pressoché esclusivamente alle nozioni

[196] BCT, ms 452, *Brevi riflessioni.*

[197] L'interesse per una maggiore diffusione sul territorio di medici regolarmente istruiti è testimoniata fin dal 1719 da una lettera del dottor Giacomo Cristani di Mezzocorona il quale, difendendosi dalle accuse mosse contro il suo operato, ricordava certi comandi del principe vescovo «obliganti all'introduzione d'un medico» (AMCF, *Libro dei voti della Magnifica Comunità di Fiemme iniziato nel 1676 e terminato nel 1721*, ff. 255v-256v). Forse proprio a seguito di questi ordini la Comunità di Fiemme decise di sottoscrivere nel 1718 un primo accordo pubblico con

di autoterapia, alle conoscenze empiriche dei tanti terapeuti di villaggio o alle cure profuse da solerti curati o dagli infermieri conventuali[198]. In particolare, riguardo a quest'ultima categoria di operatori, è da osservare come fin dalla metà del Seicento, gli Statuti Generali dei Riformati avevano prescritto che in ogni provincia vi fossero delle «infermerie atte e comode», servite da «infermieri pratici e caritatevoli», fornite di «medicamenti e ristori» abbondanti, dove curare anche con interventi di piccola chirurgia sia i più poveri e bisognosi che le persone facoltose[199]. Cosicché quasi ogni convento francescano risultava fornito di una sua infermeria dove si esercitava a favore degli infermi una delle tante forme di carità[200]. Nel 1743, addirittura, la Comunità Generale di Fiemme si dichiarò favorevole ad accogliere la domanda avanzata dall'ordine francescano di elevare a 18 il numero dei frati ospitati nel convento di Cavalese, purché il frate infermiere avesse continuato come in passato a prendersi cura anche dei 'vicini' della Comunità stessa[201]. Circa cin-

il medico Cristani (*ibidem*). Neppure la successiva revoca del mandato, per ragioni non meglio chiarite, interruppe la serie di medici: anzi a partire dal 1784 la Comunità decise di stipendiare anche un secondo medico in considerazione dell'estensione del territorio e della necessità di provvedere alle aumentate esigenze. Il contratto del secondo medico prevedeva, infatti, la cura degli infermi ospitati nell'ospedale di Tesero e l'eventuale istruzione, se necessaria, di alcune mammane. In quest'occasione fu scelto quale nuovo medico condotto il dottor Eustacchio Sartorelli, futuro medico circolare di Rovereto (AMCF, *Carte non inventariate*).

198 «Più in generale, le classi rurali soprattutto, evitano in caso di malattia, il ricorso alla medicina ufficiale; fino ai secoli XVIII-XIX il contadino continua di preferenza a curarsi da solo o a rivolgersi a quella tipica componente delle campagne costituita da guaritori, conciaossa, erniari che offrono le loro prestazioni di villaggio in villaggio» (OLMI, 1981, p. 101). È quanto emerge, d'altronde, seppur relativo al solo roveretano, dalla testimonianza del medico circolare Ernesto Zanini il quale segnala in una sua denuncia del 1780 l'illecita attività di numerosi personaggi (STEDILE, 1990, pp. 172-173).

199 ONORATI, 1990, pp. 84-85.

200 Dell'infermeria conventuale di San Bernardino a Trento si è occupata BERTOLINI, 1982/83.

201 ONORATI, 1990, p. 85.

quant'anni dopo un altro episodio confermava l'unanime fiducia riposta nelle capacità dei frati infermieri. Il medico 'condotto' di Cavalese Luigi Ramponi fu costretto a scrivere allo Scario della Comunità per difendersi dall'accusa di essersi opposto «al libero esercizio dell'arte medica» di uno di costoro. Il medico, nonostante il tono pacificatorio usato nella sua missiva, non nascondeva, tuttavia, il personale risentimento nei confronti di una persona che aveva mostrato, a suo dire, scarsa considerazione della sua «dignità professionale» maturata in anni di studio e di onorata pratica.

«È vero – ammetteva il Ramponi nella sua lettera del 26 novembre 1790 – io lo confesso d'essermi altamente risentito contro l'infermiere, ma non già perché avesse medicato, ma perché senza mai essere stato discepolo, mi si disse, che egli voleva farla da maestro, e che per acquistarsi credito giunse a screditare uno, che aveva impiegata l'età sua nello studio della medicina, e che dalle Imperiali Regie Accademie aveva ottenute quelle onorifiche approvazioni, che non per vantarmi, ma per necessità di sostenere il mio decoro fino dal mio ingresso ho fatto vedere a Voi Mag.co Scario»[202].

Se la situazione relativa al numero e alla diffusione del personale sanitario approvato appariva, dunque, assai lontana dagli obiettivi fissati sulla carta dalla moderna politica sanitaria, quella relativa agli istituti di ricovero e cura non era certo diversa. Tutte le strutture esistenti funzionavano ancora secondo il modello dell'ospizio. Ancora all'inizio del secolo XIX, esempio emblematico, nella città di Trento opera-

[202] AMCF, *Libro dei voti della Magnifica Comunità di Fiemme iniziato il 13 giugno 1764 e terminato il 28 dicembre 1790*, ff. 630r-634r. Ancora nel 1904, a proseguimento ideale di questa vicenda, la Comunità di Fiemme esercitò varie pressioni sul padre provinciale per impedire l'annunciato traferimento in altra sede del frate infermiere Tito Tabarelli (AMCF, *Esibiti 1904*, cart. n.n., n. prot. 473). Il contrasto fra personale medico approvato e un frate infermiere si ripropose anche a Rovereto a metà del secolo XVIII, quando fra Diego da Trento, frate cappuccino artefice della costruzione di un'infermeria presso il locale convento, fu inibito dall'autorità governativa austriaca dal continuare ad esercitare la benché minima attività sanitaria a favore della popolazione (STEDILE, 1990, pp. 95-96).

vano la Ca' di Dio[203] e l'Ospedale dei tedeschi[204], ma la loro organizzazione e funzionamento interni non favorivano certo l'esercizio di quella funzione terapeutica cui andava sempre più richiamandosi l'attività degli ospedali. In particolare la Ca' di Dio, fondata nel 1340 dalla Confraternita dei Battuti e retta esclusivamente dalla carità privata almeno fino al 1809, assisteva alle necessità di molti indigenti col fornire spesso un ricovero temporaneo e proseguendo poi la sua funzione caritativa attraverso erogazioni di vario tipo[205].

Anche il problema dell'assistenza agli esposti sembrava sistematicamente ignorato[206]. Una convenzione fra la Casa di Pietà di Verona e il Principato di Trento, peraltro mai rintracciata, autorizzava il trasporto e il mantenimento in quel luogo degli illegittimi trentini[207], dove continuarono ad affluire, nonostante i ripetuti divieti[208], anche per gran parte

[203] WEBER, 1937.

[204] GARBELLOTTI, 1992/1993.

[205] GRANDI, 1985, p. 750.

[206] Il progetto di fondazione di simili istituti aveva sollevato ampie discussione un po' ovunque in Europa fin dalla metà del secolo XVIII. Si veda nel caso della Germania ULBRICHT, 1985.

[207] GRANDI, 1991. In un rapporto stilato il 4 giugno 1817 dal Giudizio distrettuale di Vezzano si precisava che «l'Istituto di Verona avvi l'obbligo di mantenimento degli esposti rimessogli dalla parte del Tirolo Meridionale in conseguenza d'una cessione di Montagna. Non esiste però verun documento che lo possa giustificare e quindi devesi solo ritenere per prova la consuetudine antica sul ricevimento, senza corresponsione, di spesa veruna» (AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano*, *Polizia*, *1817*, cart. n.n.).

[208] Un primo tentativo d'interrompere questo traffico risale al 1804. Una circolare dell'Ufficio Circolare ai Confini d'Italia del 3 ottobre, recependo l'ordine sovrano del 19 settembre, vietava, infatti, il trasporto degli illegittimi a Verona in nome del principio secondo il quale «simili figli illegittimi debbano essere alimentati dal Pubblico di que' luoghi, ove vengono messi alla luce» (BCT, ms 5592/1). La reazione fu immediata: una supplica a firma di numerose persone sosteneva la necessità di proseguire nel rispetto dell'antica usanza: «Già da più secoli – è scritto nella supplica – il Trentino godeva del diritto di spedire i figli illegittimi al luogo pio della pietà di Verona. La piccola spesa necessaria a tale trasporto si faceva dalla Cassa detta delle Condanne dell'Uff. o Spirituale o dal rispettivo Padre se era noto» (BCT, *Archivio consolare*, ms 3987).

della prima metà dell'Ottocento[209]. Secondo un prospetto compilato nel 1833, furono ancora 925 gli «esposti» trasportati dal Tirolo Meridionale all'Istituto di Verona tra il 1825 e il 1832[210]. Un simile traffico, retto anche da quanti svolgevano la professione di «trasmissiere», non fu abbandonato neppure dopo la fondazione a Trento, nel 1833, di un Istituto destinato ad accogliere i trovatelli del Tirolo[211].

Mancava infine ogni genere di attenzione nei confronti dei

Contro tale divieto intervenne anche il Magistrato consolare di Trento il quale presentò lo stesso anno un proprio ricorso direttamente al Consiglio di governo. Nella risposta del 26 gennaio 1805 non fu ammessa, tuttavia, alcuna eccezione poiché era detto che per «Trento e suoi contorni» esistevano «delle sufficienti pie fondazioni, che unitamente agl'istituti dei poveri contribuir possano non poco» alle spese di mantenimento degli esposti (BCT, *Archivio consolare*, ms 3988, *Prodotte degli atti civici dai 19 luglio 1804 fino li 18 giugno 1805*, tomo III).

209 Con risoluzione sovrana del 16 febbraio 1817 fu, tuttavia, decretato che a partire dall'inizio di quello stesso anno i comuni del Tirolo Meridionale fossero «tenuti a corrispondere» all'Istituto veronese «le somme dovute per il mantenimento degli Esposti» (AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano, Polizia, 1817*, cart. n.n.).

210 AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità, 1832*, cart. n.n.

211 Il governo del Tirolo provvide fin dall'1 agosto 1834 a diramare un proprio dispaccio ai Capitanati circolari di Trento, Rovereto e Bolzano con cui si comunicava che da quel momento in avanti «non sarebbero più stati accolti nella Pia Casa di Verona gli Esposti tirolesi, ove per questo fatto non fosse stata sul punto pagata la tassa dei fiorini 80 superiormente prescritta per ogni esposto». Successivamente, tuttavia, con risoluzione sovrana del 2 luglio 1835 si stabilì che con l'entrata in funzione del nuovo Istituto per gli esposti a Trento, veniva meno anche ogni necessità di inviare tali soggetti a Verona. Ciò nonostante, anche in seguito, accadde più volte che «qualche Esposto Tirolese venisse clandestinamente fatto pervenire nel Luogo Pio col mezzo della ruota, in tempo di notte». È quanto si verifica, ad esempio, nel marzo del 1836 quando fu sorpresa una certa Orsola Moggioli di Trento, «solita portatrice degli Esposti, la quale ... recava nel Luogo Pio un bambino che disse essere nato il 5 mese in corso in Trento, ed ivi battezzato ...» (ACT, *Sanità, XXIII, 1836*, cart. 379, lettera del 13 marzo 1836 della direzione dell'Istituto Centrale degli Esposti di Verona al Magistrato politico-economico). Di Orsola Moggioli, detta *Dobra*, lavandaia di 64 anni (*ibidem*), si era già occupato tre anni prima, per la medesima ragione, il Capitanato circolare di Trento (BCT, *Archivio comunale moderno, Sanità, XXIII, 1833*, cart. n.n.).

mentecatti[212]. Anche costoro venivano sistematicamente espulsi dal territorio del Principato ed avviati verso altri luoghi. Meta finale di questi trasferimenti furono in particolare dapprima la Casa di Pietà di Verona[213] e successivamente, nell'Ottocento, gli ospedali veneziani di San Giovanni e Paolo e di San Servolo[214] o l'ospedale milanese della Senavra[215]. Dal 1835 e fino all'istituzione nelle vicinanze di Trento del manicomio di Pergine, avvenuta nel 1872[216], parte dei mentecatti furono anche trasferiti ad Hall, vicino ad Innsbruck, dove sorse il primo manicomio provinciale per il Tirolo[217]. Ma un altro gruppo d'infelici, ossia ciechi, sordomuti e disabili in genere, 'scoperto' in Europa proprio nel passaggio tra il secolo XVIII e il XIX[218] e nella più ristretta area trentina

212 Sullo sviluppo e la tipologia degli istituti di cura per infermi di mente si vedano per la Germania e la Francia JETTER, 1971 e per l'Italia DE BERNARDI (ed), 1982.

213 FAINELLI, 1962.

214 Il decreto del Capitanato circolare di Trento del 13 agosto 1828 comunicava ai vari giudizi distrettuali la decisione del Governo di Venezia di dirottare i «maniaci» dall'ospedale civile di Verona a quelli veneziani di S. Giovanni e Paolo o di San Servolo a seconda del grado di pazzia (AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità, 1828*, cart. n.n.). Sul manicomio di San Servolo si veda GALZIGNA-TERZIAN (edd), 1980.

215 PANZERI, 1980.

216 L'ipotesi di erigere in Tirolo due istituti per pazzi, dei quali uno con sede ad Innsbruck e l'altro a Trento o Rovereto, fu avanzata fin dal 1807, durante il periodo di governo bavaro (BCT, *Archivio consolare*, ms 3995, *Atti civici*).

217 Con circolare del 5 giugno 1835, il governo del Tirolo comunicava che in avvenire i mentecatti poveri del Tirolo non sarebbero più stati «accolti e mantenuti gratuitamente negl'istituti ... del regno lombardo-veneto», ma nell'istituto di Hall presso Innsbruck (AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità, 1835*, cart. n.n.). Sull'argomento si veda GRANDI, 1990 (a); OLMI, 1988 e più in generale PANTOZZI, 1989.

218 Le prime iniziative a favore dei ciechi furono senz'altro quelle prese da Valentin Haüy, il quale fondò nel 1784 l''Institution nationale des jeunes aveugles' a Parigi. Scuole per ciechi furono quindi aperte a Liverpool nel 1791, a Edimburgo e Bristol nel 1793, a Vienna nel 1804, vicino a Berlino nel 1806, a Milano nel 1807, ad Amsterdam, Praga e Stoccolma nel 1808, a S. Pietroburgo e a Zurigo nel 1809, a Dublino nel 1810, a Copenhagen nel 1811, ad Abeerden nel 1812, a Bruxelles nel 1816, a

molto più tardi[219], restava privo di qualsiasi specifico aiuto[220]. Assimilati nella migliore delle ipotesi alla massa dei miserabili beneficiavano sotto il governo del principe vescovo solo degli scarsi aiuti offerti dall'assistenza domiciliare[221]. Anche per loro si ricorreva, comunque, all'allontanamento e al trasferimento in altri istituti al di fuori del territorio trentino[222].

All'indomani della definitiva secolarizzazione del Principato vescovile di Trento, avvenuta nei primissimi anni del XIX secolo, molte delle soluzioni proposte per la salvaguardia e la tutela della salute pubblica restavano, pertanto, ancora lettera morta. Il progetto politico-amministrativo, elaborato per la parte sanitaria nei termini teorizzati e in parte sperimentati nel corso del Settecento da altri governi europei, attendeva ancora una sua concreta attuazione.

Napoli nel 1818 e a Barcellona nel 1820 (FARRELL, 1956). Pressoché contemporaneamente, sempre in Francia, prese corpo anche l'iniziativa a favore dei sordomuti della quale si fece portavoce l'abate de L'Épée fondatore a Parigi nel 1791 del primo istituto per sordomuti (ANP, F^{17}, *Instruction publique*, c. 1145-1146). I due istituti, quello per ciechi e quello per sordomuti, furono poi assorbiti in un unico istituto fondato lo stesso anno in base ad una legge del 12 ottobre (WEINER, 1977).

219 Oltre a PANTOZZI, 1973, va segnalato PREVOST-RUSCA, 1975. La chiusura della sezione italiana per sordomuti di Hall e il trasferimento di quella tedesca a Mils nel 1847 era stata preceduta, fra il 1830 e il 1835, dall'esperimento di un istituto provinciale a Bressanone.

220 Così come nei confronti dell'alienato s'interviene per cercare di «normalizzarlo, vale a dire riportarlo al piano della razionalità e del senso comune, affrontando in chiave diagnostica il problema dei confini tra ragione e non ragione, per superarlo nell'ambito del processo terapeutico», anche nei confronti del menomato fisico si applica la medesima prospettiva illuminata di pervenire alla comprensione della natura e dell'esperienza umana mediante una totalizzazione della ragione (DE PERI, 1984, p. 1067).

221 CIVETTINI, 1980/81 ripreso successivamente in CIVETTINI, 1989. Su questi temi si veda più in generale WOOLF, 1988.

222 Un esempio sono i tre individui sordomuti trasferiti nel 1812 presso la solita Casa di ricovero di Verona (AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano, Polizia, 1817*, cart. n.n.).

Capitolo secondo

La rete di controllo

È sufficiente osservare una qualsiasi carta geografica dell'attuale Trentino per cogliere immediatamente il carattere prevalentemente montagnoso del suo territorio. Su un'estensione di 6212 kmq ben il 70% si sviluppa, infatti, ad un'altitudine superiore ai 1000 metri, mentre il 42,5% si colloca oltre il limite dei 1500[1]. La superficie presenta il frazionamento morfologico e lo sminuzzamento orografico tipico delle Alpi dolomitiche. Il sistema idrografico è costituito dalla grande linea dell'Adige con la rete dei suoi numerosi affluenti che formano valli maggiori e valli minori; nelle valli maggiori, in genere ampie e con pendenze poco accentuate, confluiscono numerose valli minori, percorse da torrenti, le quali presentano uno sviluppo geografico relativamente uniforme. Dotate di ampi bacini di raccolta hanno profondi canali di trasporto con pendenze varie, ma generalmente elevate. Le dotazioni idriche, infine, sono ben distribuite, salvo una certa scarsità d'acqua nelle aree dolomitiche e porfiriche[2]. Assai più complessa si prospetta, invece, la situazione climatica resa assai bene dalle parole del medico Carlo Perini:

«La svariata località – scriveva nel 1843 – e la diversa elevazione [dei] monti e valli esposte a determinati venti, visitate diversamente dal sole, che ora per pochi momenti lambisce un breve orizzonte, ora riscaldando le nude roccie riverbera il calore sulle valli

[1] Secondo i dati forniti dalla PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO, [1964], p. 10.

[2] GRANDI, 1978, nota alle pp. 16-17.

soggette, formano un tutto di circostanze, che modificano il clima e tolgono la possibilità di precisarlo»[3].

Dalla temperatura mite della zona del Garda, in cui alberga una vegetazione di tipo mediterraneo, si passa a quella decisamente più rigida delle zone alpine al di sopra dei 1800-2000 metri, dove è assente ogni forma di vegetazione arborea.

Si comprende, dunque, anche da questa sintetica descrizione, quanto la conformazione del territorio e le sue caratteristiche climatiche abbiano direttamente influito sulla distribuzione della popolazione.

In base ai dati di un censimento del 1809, la popolazione di 232.456 abitanti risultava distribuita per il 41,4%, ossia 96.102, nella fascia compresa tra i 0 e i 500 metri, per il 45,1%, ossia 104.918, tra i 501 e 1000 metri ed infine per il 13,5%, ossia 31.436, oltre i mille metri[4]. Queste percentuali, rilevatesi più o meno invariate anche nei successivi censimenti del 1847, 1880 e 1890[5], indicano, pertanto, come oltre l'85% della popolazione, pur con un certo margine di approssimazione legato alla diversa estensione dell'attuale Trentino rispetto a quello interessato dagli stessi censimenti, vivesse concentrato nel 30% del territorio.

Un diverso censimento del 1811, eseguito sul più vasto territorio del Dipartimento dell'Alto Adige, calcolava, quindi, un insediamento rurale pari al 90% della popolazione, ossia

[3] PERINI C., 1843, p. 5. Il medico Carlo Perini fu, con il fratello Agostino, personaggio di spicco nell'ambiente trentino di metà Ottocento: *Biografia dei fratelli*, 1901 e *Carlo Perini*, 1900. Nella sua attività di pubblicista dedicò numerosi interventi ai problemi di ordine medico-sanitario. Fra gli altri vorrei qui segnalare PERINI C., 1847(a); PERINI C., 1847(b); PERINI C., 1847(c); PERINI C., 1847(d); PERINI C., 1847(e).

[4] BATTISTI, 1898.

[5] BATTISTI, 1898.

TAV. 1. *Densità della popolazione per miglio² negli anni 1830-1848*[6]

Anno	Circolo di Trento	Circolo di Rovereto
1830	2.378	3,224
1831	2,401	3,268
1832	2,419	3,295
1833	2,445	3,307
1834	2,459	3,326
1835	2,493	3,349
1836	2,497	3,263
1837	2,496	3,297
1838	2,517	3,322
1839	2,554	3,340
1840	2,576	3,370
1841	2,739	2,937
1842	2,759	2,947
1843	2,805	2,961
1844	2,824	2,962
1845	2,732	3,352
1846	2,769	3,386
1847	2,791	3,396
1848	2,806	3,409

a 242.569 individui su 269.529[7]. Anche in questo caso il valore espresso rimase di fatto a lungo sostanzialmente invariato.

Sono sufficienti questi pochi elementi per evidenziare chiaramente un aspetto determinante dal punto di vista economico, ossia la scarsa estensione dello spazio coltivabile rispetto al numero degli abitanti. Secondo una percentuale rimasta pressoché invariata per gran parte del XIX secolo, la superficie coltivata, escluse anche le zone paludose di fondovalle, corrispondeva all'incirca al 28% del territorio[8].

[6] Secondo i dati ricavati dalle *Übersichts-Tafeln* da GRANDI, 1978, p. 27.

[7] ASM, *Studi p.m.*, cart. 1151.

[8] MONTELEONE, 1964, p. 16.

«Benché l'industria – scriveva il già citato Carlo Perini – sia giunta tant'oltre da vestire di gelsi e di viti le frane che i nostri padri ci lasciarono sterili e secche; Benché il colono con grave stento e pericolo guidi l'aratro sulle balze che fiancheggiano i torrenti, convien confessare che i prodotti dei campi non rispondono alla popolazione, tanto più che i luoghi facili alla cultura vengono guasti dalle acque che travasano»[9].

In altri termini, senza doversi addentrare in un'analisi che condurrebbe lontano dai temi centrali di questo studio e per la quale si rinvia alle ricerche già pubblicate[10], si può concordare con quanto scrive Casimira Grandi:

«La complessa realtà agraria del Trentino permetteva un limitato numero di colture, a causa della esiguità dei fondi e delle tecniche agronomiche applicate: esse erano inoltre fortemente condizionate dall'altimetria. Bassa redditività dei terreni e staticità della resa media delle produzioni erano caratteri emblematici di un''economia di sussistenza', qual era quella trentina [della prima metà dell'Ottocento], la quale a volte non sopperiva neppure alle esigenze dell'autoconsumo a cui era improntata»[11].

«La stabilizzazione dell'assetto socioeconomico» e la formazione di un reddito senz'altro povero, ma che non si ritiene di livello estremamente misero, dovevano, pertanto, dipendere dalle attività integrative legate principalmente all'allevamento del bestiame, allo sfruttamento dei boschi e alle

[9] PERINI C., 1843, p. 7.

[10] Lo studio delle attività produttive, dei modi e delle condizioni di lavoro in Trentino, nei diversi settori dell'economia, ha fino ad oggi privilegiato il periodo ottocentesco. Al di là dei lavori di STELLA, 1958, e di PASTORI BASSETTO, 1986, le altre indagini si sono, infatti, concentrate soprattutto sul secolo XIX, allargando, di quando in quando l'orizzonte anche al Settecento o ai primi decenni del Novecento. Fra i numerosi saggi comparsi segnaliamo: COPPOLA, 1979(a); COPPOLA, 1981; COPPOLA, 1983; COPPOLA, 1985; COPPOLA, 1987; GRANDI, 1976; GRANDI-PASTORI BASSETTO-MAROCCHI-MENEGHELLI, 1981; LEONARDI A., 1976; LEONARDI A., 1978; LEONARDI A., 1980; LEONARDI A., 1983; MONTELEONE, 1964 che riprende e sviluppa due precedenti articoli: MONTELEONE, 1959/60 e MONTELEONE, 1961; MONTELEONE, 1963; OLMI, 1982; ZANINELLI, 1978.

[11] GRANDI, 1978, pp. 17-18.

lavorazioni manifatturiere condotte, ad esempio, nelle segherie, nelle miniere, nei lanifici o nelle concerie[12]. Altra valvola di sfogo ed elemento riequilibratore di una condizione altrimenti insostenibile, e prima ancora dei grandi flussi migratori oltreoceano della seconda metà dell'Ottocento[13], si rivela, infine, l'espediente dell'emigrazione temporanea verso «luoghi a più forte domanda di lavoro»[14].

Il quadro epidemiologico, al di là di ogni valutazione sulla capacità di diagnosi e sulla terminologia adottata per desi-

[12] Secondo quanto suggerito per l'intera area alpina da COPPOLA, 1991. Le caratteristiche complessive dell'economia alpina sono ulteriormente illustrate da COPPOLA, 1990.

[13] Per un inquadramento generale sul tema dell'emigrazione trentina si veda il saggio di GRANDI, 1990(b). Per ulteriori approfondimenti si vedano ancora GRANDI, 1987; GRANDI-TOMMASI, 1990 e infine GRANDI, 1990(c).

[14] Il fenomeno è reso con rara efficacia dall'anonimo estensore dei *Cenni topografici medici del distretto di Tione* (BCT, ms 2161, f. 24) il quale così testimonia: «Varia è l'occupazione, o meglio il lavoro di questa gente; considerato però sotto un generale aspetto si può dire che qui l'uomo per una metà dell'anno è artista, e nell'altra metà è agricoltore e pastore. Questo è l'annuo turno dei lavorieri della popolazione; siccome questa superfice del suolo, poco favorita dal clima, non permette ne un'annua continuata occupazione per questa sproporzionata popolazione, ne sominístrar può alla medesima un'abbastante materiale di vito, così, dopo aver ritirati in famiglia i prodotti del suolo in ottobre circa, tutti li uomini capaci al lavoro dell'età dei 12 anni sino oltre i 60, come pure molte donne, in un complessivo numero di circa 3000 individui, corrispondente al quarto della intiera popolazione, passano nelle varie provincie dell'Italia settentrionale, e vi si trattengono sino alla primavera in vari, vili e assai faticosi lavori, come nell'esercitare il mestiere di segantino, facchino, salumajo, torcolotto, arrotino. Le donne poi si guadagnano il vitto col filare, lavare, servire. Le madri intanto coi loro più teneri figli ed il rimanente, del massimo numero delle donne coi vecchi, attendono ai focolaj nativi, tengono la cura domestica, custodiscono il proprio bestiame, ed il tempo superstite a quest'occupazioni viene da queste donne impiegato nelle stalle filando del lino, del canape o della lana: questa filatura è assai copiosa e serve per l'estero ... Passata così la metà dell'anno, nell'aprile si presenta il suolo atto al lavoro, e qui, abbandonate le arti, ritorna il braccio forte dall'Italia; la donna dipone il fuso, ed cuosì convertita tutta questa popolazione in agricoltori, e pastori sino al successivo autunno». Si vedano sull'argomento CORSINI U., 1955; CORSINI C.A., 1969; GRANDI, 1990(b). Per la comprensione di una particolare forma di emigrazione stagionale è utile invece FIETTA, 1988, in cui si affronta il tema dei venditori ambulanti di stampe.

gnare le singole malattie[15], non può che ricondursi alla situazione socioeconomica così sommariamente delineata.

Le registrazioni di malattie o di decessi e i rapporti sanitari segnalano accanto alle tipiche affezioni stagionali – broncopolmonari d'inverno e gastroenteriche d'estate[16] – , la costante presenza della tubercolosi, della sifilide, della malaria, di numerose parassitosi, come ad esempio la scabbia e la rogna, di micosi, quali la tigna e, non ultimo, fra i bambini, la fascia di popolazione sicuramente più esposta[17], di tutte le malattie esantematiche[18]. Con carattere endemico si

[15] L'avvertenza è suggerita da indagini sul tipo di quelle condotte per Londra da HARDY, 1988, dalle quali emerge come il cambiamento delle *causae mortis* non rispecchi tanto un mutamento d'incidenza delle varie malattie, quanto piuttosto una diversa capacità di diagnosi e la diversa terminologia adottata. A tale riguardo si veda PETER, 1971.

[16] «Le malattie endemiche di questo Fisicato – scrive il medico circolare di Rovereto Aliprando Rossi nella sua relazione di viaggio del 1843 – variano secondo le diverse stagioni dell'anno, e la varia ellevatezza dei Villaggi. Nelle posizioni più basse serpeggiano nella state le diaree, e le disenterie, e le febbri terminate, le febbri gastriche, e simili. Nell'autunno le febbri di natura reumatica, le gastro-enteriti, le encefaliti, le angine, qualche febbre mucosa, le reumatologie, i catarri, i reumatismi, le infiammazioni di petto, e simili. Nell'inverno d'ordinario le affezioni dominanti non differiscono da quelle dell'autunno avvanzato. Nella Primavera le più comuni si riferiscono alle febbri di tipo periodico, alle gastriti, alle enteriti, alle reumatiche, alle infiammatorie, ed agli infarcimenti dell'organo del respiro.
Nei luoghi più ellevati dominano per lo più le gastriche, le febbri infiammatorie, le reumatiche, e le pleuriti e pari pneumoniti. Il carattere, che le accompagna in generale è per lo più infiammatorio» (AST, *Capitanato circolare di Rovereto, Sanità, 1843*, cart. 339).

[17] Si vedano in proposito ADORNO, 1988 e TONON, 1988. Più recente la tesi di laurea di GIRARDI, 1988/1989. Alle cause di malattia e mortalità nei bambini dedica alcuni suoi appunti ZANIBONI, 1873.

[18] I prospetti degli ammalati trattati nell'anno militare 1843/44 nel territorio del Fisicato distrettuale di Tione elencano, ad esempio, le seguenti infermità: «Meningiti, Rachialgiti, Encefaliti, Apoplessie, Ottiti, Glossiti, Angine, Laringiti, Tracheiti, Adeno-tracheiti, Bronchiti, Adeno-Bronchiti, Pleuriti, Pneumoniti, Carditi, Pericarditi, Epatiti, Spleniti, Nefriti, Cistiti, Netriti, Orchiti, Peritoniti, Angioiti, Flebiti, Gastriti, Gastro enteriti mucose, Enteriti e Coliti, Resipole, Tisi, Artriti e Podagre, Miositi, Nevrilimiti e Nevriti, Pellagre e morbi sordidi cutanei, Emorroidi, Linfangisiti, Sifiliti, Febbri intermittenti, Morbilli, Scarlattina, Vaiuolo modificato, Malattie chirurgiche diverse» (AST, *Capitanato circolare di Rovereto, Sanità, 1840*, cart. 350).

manifestano, inoltre, il tracoma[19], il tifo[20], il vaiolo[21] e la

[19] Il 14 giugno 1825 il medico-chirurgo Giuseppe Maria Canella denunciava il perdurare, oramai da tre anni, di un'epidemia «oftalmica» nel distretto di Borgo. Pochi giorni prima lo stesso Canella, il medico distrettuale di Castelnuovo, Francesco Marzari, il medico Carlo Sartorelli di Telve e i chirurghi Giovanni Battista Dal Prato e Giovanni Kofler avevano esposto, in un rapporto dell'8 giugno, le proprie osservazioni sulla malattia, spiegando le cure adottate e le possibili cause. «Quest'oftalmia – scrive il medico Marzari – invade quasi ad un tratto gli occhi di quelli che ne vanno soggetti; essa affetta la congiuntiva tanto quella che si estende sul bulbo dell'occhio, quanto quella che si estende nell'interno della palpebra, osservandosi anche nell'ultimo tempo del male qualche bitorzoletto nella congiuntiva di dette palpebre. Quest'oftalmia non soffre nella sua cura astrinzenti, o soglienti colliri ma vuol essere trattata con colliri demulcenti. Non soffre la detta grandi emissioni di sangue, ma basti qualche applicazione di sanguisughe. Si osservò che la detta per quanto forte sia stata in qualche individuo non portò mai a far suppurare l'occhio, ne si sa, che vanno ambliossia, ossia debolezza di vista per qualche tempo, dopo lasciasse altre funeste conseguenze. Sul riflesso che è già da tre anni, che regna invadendo famiglie intiere e mostrandosi in diversi tempi dell'anno, io movo il dubbio che possa per via d'infezione portarsi dall'uno all'altro individuo tanto più, che si osserva qualche sintomo ad essa particolare, non ardisco però di dar deciso giudizio che la dichiari contaggiosa, ben sapendo, che anche per puro epidemico non contaggioso difetto dell'atmosfera può estesamente regnare un male d'occhi, che invada molti individui. Il lungo tempo però, che scorse già dal principio che si manifestò questa malattia parrebbe piuttosto di favorire l'opinione che si porti da un soggetto all'altro, poiché le epidemiche non contaggiose costituzioni dell'aria non sogliono per diversi anni e per varie stagioni dell'anno tormentare le popolazioni» (TLAI, *Jüngeres Gubernium*, *Sanität*, *1825*, Fasz. 2446, Z. 7069). La diffusione in altre province dell'Impero di questa malattia è testimoniata da un atto dell'1 agosto 1823 con cui il governo provinciale comunicava a tutte le autorità politiche periferiche che la *ophtalmia contagiosa*, manifestatasi già da lungo tempo nel distretto di Klagenfurt, si era estesa al distretto di Greifenburg, nel territorio del governo di Lubiana («Foglio uffiziale del Privilegiato Messaggere Tirolese», 1823, n. 22, 15 agosto, pp. 55-56).

[20] CORRADI, 1865-1892, documenta la comparsa del tifo in regione per sette volte fra la metà del Cinquecento e l'inizio dell'Ottocento. Un episodio particolarmente grave, descritto da MARCABRUNI, 1798, fu quello del 1796-1797. A questo seguirono gli episodi del 1804 e del 1816-17, ma altri ancora se ne verificarono per tutto il resto del secolo, tradendo il carattere pressoché endemico di questa malattia. Nell'arco di una sessantina d'anni dal 1850 al 1910 morirono per sua causa nel solo Distretto di Trento ben 3.424 persone il che non lascia dubbi sul numero di gran lunga più elevato dei colpiti (OLMI, 1981, p. 107).

[21] Anche il vaiolo sembra manifestarsi per gran parte dell'Ottocento con

pellagra[22]. Una storia tutta a sé sembra invece registrare la cosiddetta «peste falcadina», un'infermità che prese il nome dalla località di Falcade dove pare si sia manifestata la prima volta quando

carattere endemico. Numerosi, infatti, sono gli episodi narrati nelle cronache sanitarie del periodo (OLMI, 1981, p. 116). La malattia si manifestò tuttavia con particolare virulenza nel 1831, quando nella sola Rovereto si contarono 629 individui colpiti su circa 8000 abitanti con un totale di 104 decessi (cfr. «Il Messaggiere Tirolese», n. 89, 8 novembre 1831, p. 4).

[22] Si potrebbe far risalire la prima denuncia ufficiale dell'esistenza della pellagra in Trentino al 1791 quando fu annotata come causa di morte nel registro dei decessi del comune di Pomarolo (RILLE, 1948). Sembra, comunque, che la percentuale di pellagrosi abbia assunto dimensioni rilevanti, indipendentemente da ogni valutazione sulle capacità di diagnosi, solo a partire dalla metà del secolo XIX. Al di là, infatti, dei pochi casi segnalati, sul finire del Settecento, dal medico fassano Michele Comini (cfr. *Contributo alla storia della Pellagra*, 1930) e alcuni anni dopo dal medico rivano Benigno Canella, anche l'indagine promossa dal Governo provinciale nei primi mesi del 1822 fra i medici «più accreditati», per stabilire il grado di diffusione e i possibili metodi di cura del *Male salso*, non fornì dati particolarmente preoccupanti. «Richiedendosi notificazioni – scrive, ad esempio, in una delle risposte superstiti il medico Michele Gabrielli – sulla pelagra, morbo che da parecchi anni in queste parti si va propagando, l'infrascritto Medico Fisico con tutto il rispetto insinua, qualmente è stato per lo spazio di ventidue anni in Italia, ove né in Patria, né in Bologna frequentando li pubblici Ospedali, neppure in Roma ove è stato per più anni Medico Assistente nell'Arciospedale di S. Giovanni in Laterano; né per il tratto di dodici anni, nei quali è stato medico condotto Primario specialmente in tre città dello Stato Pontificio, mai ha osservato simil malore.
Solamente doppo il di esso ritorno in Patria già da alcuni anni si sono presentati circa *sette* attaccati da questo male (povera miserabile gente di campagna) per consultarlo, ai quali ha ordinato, quanto in una visita transitoria si è stimato opportuno, non avendoli più veduti, e formalmente non ne ha curato veruno, né fuori, né in città, sebbene sia stato per undici anni Medico dell'Ospedale tedesco allora separato e poi per altri pochi anni medico dell'Ospedale civile unito, e nissuno altro ne ha veduto con tale malattia, perciò nulla di più positivamente può esporre sul male in questione» (BCT, *Archivio comunale moderno, 1822, Sanità*, cart. n.n.). Solo alcuni decenni dopo, in un articolo *Sulla diffusione della pellagra*, 1858, un anonimo medico condotto di Arco osservava allarmato la crescente diffusione della pellagra anche nei comuni adiacenti alla città di Trento, rimasti fino ad allora praticamente indenni. Da questo momento, in relazione anche ad un peggioramento delle condizioni economiche generali, la pellagra si sarebbe dunque largamente diffusa su tutto il territorio trentino, così come ricostruito da OLMI, 1982.

«una Strimm Domenica, del fu Matteo, nativa di Falcade, ma da lungo tempo girovaga senza stabile domicilio, tornava alla patria procedente da Fiume ... infetta nei pudendi da vasti ulceri e condilomatose escrescenze. La quale tenendo nella Villa assai disonesta condotta fu cagione della origine, o a meglio dire, del primitivo sviluppo della speciale infezione sifilitica che dal luogo stesso fu chiamata poscia malattia Falcadina»[23].

È difficile al momento, sulla base dei pochi dati in possesso,

[23] DAL MOLIN, 1992, p. 389. La malattia falcadina, nota anche col nome di *slerlievo* o *scherlievo*, prese a manifestarsi, secondo la stessa fonte, nel 1790. Da Falcade si sarebbe diffusa anche nelle valli orientali del territorio trentino, interessando in particolare la Val di Fassa. La sua ricomparsa nel Giudizio di Buchenstein nel 1825 convinse le autorità governative del Tirolo ad effettuare alcuni accertamenti per verificare la sua eventuale presenza anche in altre zone della Provincia. Ma in cosa consisteva la cosiddetta peste falcadina? «Riscontra [il dottor Vallenzasca, direttore dell'Istituto falcadino di Noach, che] la classe inferiore del popolo è la più predisposta a ricevere la malattia, che trova fomite nella *poca nettezza e ne trascurati riguardi di precauzione*. La rogna sembra che sia il veicolo per cui il contagio si diffonde. Apparisce questa con patule dure, rosse, nella sommità suppuranti e croste, di color rossiccio, che danno fuori nella fronte e in altre parti del corpo. La sua trasfusione si effettua eziandio per via del contatto immediato colle persone affette, che abitano nella stessa casa e dormono nello stesso letto. Oltre a questi mezzi di contatto immediato si può acquistar la malattia col contatto mediato come sarebbe dormendo nel letto di qualche infetto, usando de medesimi panni ed utensili di cui si servono gli ammalati. Può ancora e più facilmente contraensi la malattia per commercio carnale, ed allora vi sono mali locali alli pudende che passano poscia ad invadere il generale. Questa malattia, per quanto si può osservare, sembra di qualche anno che si sia resa meno attiva apparendo in alcuni individui con vario aspetto e con ordine diverso di prima.
Diversifica altresì dall'ordinaria lue venerea in quanto che la falcadina si pronuncia coi prodromi della reumataglia coi guasti alla bocca, alle narici, e con eruzione erpetica di macchie rosse piene, di minutissime vescichette che vanno poscia in forfore prediligendo la parte capillata del capo, gli orecchi, il naso, gli occhi, e talvolta ancora l'estremità inferiori. La malattia in discorso fuora de' casi in cui porta alterazioni organiche assai profonde ed in parte essenziali alla vita, non è malattia mortale. Possono alcuni sostenerla per molti anni ed attendere ai loro lavori senza grave incomodo. Spesso le cause di stimolo sogliono ridestare il malore facendolo precorrere i suoi stadi ordinari. È da osservarsi da ultimo che questa malattia dopo d'avere invasa tutta la macchina si concentra talvolta in un punto della medesima e rimane ivi stazionaria per alcun tempo come morbo locale senza danno dell'economia ...» (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1825*, Fasz. 2446, Z. 2715).

stabilire con esattezza quanto tutte queste infermità abbiano potuto incidere sull'incremento demografico «lento e contenuto» registrato dalla popolazione trentina nella prima metà del secolo XIX[24]. È certo comunque che ben al di là di ogni scontata ammissione sull'esistenza o meno d'imprescindibili legami fra condizioni socioeconomiche ed infermità e fra infermità e movimento demografico[25], una diversa coscienza, ulteriormente rafforzata dai gravi episodi di colera della prima metà dell'Ottocento[26], era saldamente maturata all'interno degli organi di governo, ossia la convinzione che una più accorta politica sanitaria, condotta nei termini indicati fin dal secolo precedente dai medici riformatori e già sperimentati in alcuni dei paesi «meglio regolati», avrebbe senz'altro contribuito a salvaguardare e tutelare efficacemente quel-

[24] GRANDI, 1978, p. 20. In base ai dati contenuti nei «Cataloghi del Clero» la popolazione trentina passò dai 288.835 individui del 1833 ai 371.491 del 1870. Nel 1850 erano 326.971 (*ibidem*, p. 56). L'andamento demografico della popolazione trentina è stato analizzato dalla stessa GRANDI, 1987 anche per i primi decenni del secolo XX. Per zone più ristrette e per altri periodi si vedano inoltre gli studi di BARBIERI, 1939; DE MARCHI, 1960; DE POLZER, 1950; CIRESA-SALVOTTI, 1977/78; GRANDI, 1985 E TONON, 1991.

[25] Si vedano per l'Italia DEL PANTA, 1980 e SORI, 1984.

[26] STENICO, 1980. Il colera, che esordì in Europa proprio nella prima metà del secolo XIX, si affacciò in Trentino nel 1836. Il primo caso fu diagnosticato nel paese di Breguzzo – Giudizio distrettuale di Tione – il 21 giugno. Fu quindi dichiarato ufficialmente estinto il 5 novembre dello stesso anno (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, Cholera-Kommission, 1831-1836*, Fasz. 2460, *Cholera Hauptbericht*). Particolarmente colpita fu la zona di Mezzolombardo (FILOS, 1887), mentre indenni restarono le Valli di Fiemme e Fassa (ZIEGER, 1937). L'epidemia del 1836 causò complessivamente nei due circoli di Trento e Rovereto 5748 morti (cfr. tab. 2), pari ad oltre il 2% della popolazione (ACAT, *Libro B – 351, fasc. 357*). Il confronto, infine, fra il totale degli ammalati, dei defunti e dei risanati di ogni circolo del Tirolo (cfr. tab. 3) evidenzia la diffusione del colera soprattutto nella parte «italiana» della Provincia (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, Cholera-Kommission, 1831-1836*, Fasz. 2460, *Cholera Hauptbericht*). Anche il successivo episodio del 1855 (FOLGHERAITER, 1993), l'ultimo di una certa rilevanza (OLMI, 1981, p. 115), ebbe ripercussioni assai negative sulla popolazione. Il morbo, infatti, che non risparmiò alcuna zona del Trentino, avrebbe causato 6227 morti su 14532 infermi (*Bothe für Tirol und Voralberg*, 1855, n. 249, p. 1342).

TAV. 2. *Numero dei deceduti per colera nell'epidemia del 1836 nei due Circoli di Trento e Rovereto*

Circolo di Trento		Circolo di Rovereto	
Trento città	212	Città-Sacco-Lizzana	465
Trento ville	145	Rovereto-Castellano	416
Trento comuni rurali	283	Ala	495
Primiero	200	Tione	174
Strigno	209	Mori	209
Borgo	42	Stenico	204
Levico	18	Condino	30
Pergine	31	Calliano	187
Civezzano	167	Val di Ledro	11
Vezzano	337	Arco	473
Lavis	221	Nogaredo	471
Mezzolombardo	511	Riva	147
Cles	10		
Malé	6		
Cavalese	–		
Fassa	–		
Totale	2466	Totale	3282

l'inestimabile risorsa costituita dall'integrità fisica e morale della popolazione.

1. *I primi provvedimenti*

La firma della convenzione di Parigi e il successivo congresso di Rastadt del 1803 segnarono la definitiva secolarizzazione del Principato vescovile di Trento e la sua annessione alla provincia austriaca del Tirolo[27]. Si apriva così per una parte dell'odierno Trentino un'epoca di grandi mutamenti che vide in primo luogo, eccezion fatta per le due brevi

[27] Per la comprensione delle vicende politico-amministrative che coinvolsero la provincia trentina nella prima metà del secolo XIX si vedano ZIEGER, 1926(b); CORSINI U., 1963; CORSINI U., 1981; SCHOBER, 1981. Più in generale per il Tirolo si veda STOLZ, 1955, particolarmente le pp. 562-697 e FONTANA, 1986, mentre per l'impero in tutta la sua estensione MCCARTNEY, 1981.

TAV. 3. *Numero degli infermi, dei morti e dei risanati durante l'epidemia di colera del 1836 in tutti i circoli del Tirolo*

Circoli	Colpiti				Morti				Risanati			
	m	f	b	Totale	m	f	b	Totale	m	f	b	Totale
Rovereto	–	–	–	9278	–	–	–	3280	–	–	–	5998
Trento	2793	2936	–	5729	1256	1210	–	2466	1537	1726	–	3263
Bolzano	2767	3790	409	6966	497	787	100	1378	1900	3409	279	5588
Brunico	111	166	–	277	24	34	–	58	87	132	–	219
Brunico	–	–	–	187	–	–	–	38	–	–	–	149
Imst	498	643	–	1141	94	97	–	191	404	546	–	950
Totale	6169	7535	409	23578	1871	2128	100	7411	3928	5813	259	16167

[*Legenda*: m = maschi, f = femmine, b = bambini].

parentesi bavara e francese[28], l'estensione ai nuovi territori dell'ordinamento giuridico-amministrativo austriaco.

«Dopo aver Noi a tenore della nostra Patente dei 4 febbraio [1803] – è scritto nell'ordine sovrano di Francesco II del 25 dicembre 1803 – presi in possesso con illimitata e del tutto immediata Superiorità territoriale li due Distretti di Trento e Bressanone e averli interamente uniti col restante nostro Paese del Tirolo, ella è adesso volontà Nostra di organizzare in questi due Distretti le Istanze ed il corso degli affari tanto nel Politico quanto nel giustiziale sul piede degli altri nostri Stati ereditari e di assicurare in tal modo ai Sudditi di questi Distretti quegli stessi vantaggi di cui godono negli oggetti politici li Sudditi degli altri stati ereditari, ed un'amministrazione eguale di giustizia ...»[29].

L'attivazione a Trento l'1 marzo 1804 di un nuovo Ufficio circolare[30] è parte di questo processo e inaugura, in un certo senso, nei territori dell'ex Principato vescovile, anche la nuova iniziativa statale a favore della salute pubblica, secondo quei modi e quelle forme che si è cercato di delineare nel precedente capitolo. Fra le varie competenze attribuite al Capitanato circolare e previste dalla prima istruzione del 1754 era compreso, infatti, anche il disbrigo degli «affari di sanità»[31], compito assolto a partire dagli anni settanta con l'assistenza di un medico circolare[32].

Secondo alcune testimonianze un primo tentativo d'introdurre un medico circolare anche nel territorio del Principato vescovile di Trento si registra già nel 1780, quando il

[28] *Centralismo e autonomie*, 1983.

[29] BCT, *Archivio consolare*, ms 3986, *Atti civici.*

[30] Il circolo di Trento si aggiungeva ai sei già esistenti in Tirolo dall'1 gennaio 1755.

[31] BCR, ms 12.10 (25), *Istruzione per i Capitani constituiti nei Circoli del Principato e Contea del Tirolo.*

[32] I medici circolari, così come quelli distrettuali, furono introdotti a partire dal 1773 per effetto delle nuove norme pubblicate il 10 aprile di quell'anno ad integrazione della *Sanitäthauptsnormativ* (MACHER [ed], 1869, I, pp. 145-151). Il provvedimento (SLEZAK, 1956, pp. 24-25) interessò evidentemente anche quelle zone del Trentino già inglobate nella Contea del Tirolo fin dal secolo XVI.

governo provinciale del Tirolo iniziò a versare regolarmente al principe vescovo la somma annua di duecento sessantasei fiorini necessaria per la copertura dello stipendio richiesto da una simile carica[33]. Di fatto, però, è solo nel 1804, con l'attivazione per l'appunto del nuovo Capitanato, che si dà avvio alle procedure di concorso per poterla assegnare[34]. Fra i vari concorrenti fu scelto il medico Domenico Mattassoni[35], mentre per Rovereto, quasi contemporaneamente, veniva nominato il medico Francesco Galvagni in sostituzione del defunto Carlo Eustacchio Sartorelli a sua volta subentrato al primo medico circolare di Rovereto Ernesto Zanini[36].

Quali incombenze spettassero al medico circolare lo si vedrà meglio in seguito, ma quanto è importante rilevare fin d'ora, nella presenza a fianco dell'organismo politico-amministrativo di un «tecnico», è il concreto sviluppo, anche nei territori trentini di nuova acquisizione, di un programma volto ad un maggiore coinvolgimento dei soggetti medici nell'iniziativa di salvaguardia e conservazione dell'integrità fisica della popolazione.

La pace di Presburgo del 26 dicembre 1805 e il passaggio dell'intero Tirolo al Regno di Baviera non interruppero nella sostanza questo processo.

Le persone già elette permasero in carica ed anche il nuovo

[33] Con una lettera del 24 aprile 1804 il capo-console di Trento Pietro Consolati si rivolgeva al Governo provinciale del Tirolo richiedendo che la somma di duecentosessantasei fiorini fosse finalmente impiegata per stipendiare un medico circolare (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1804*, Fasz. 2416, Z. 4792).

[34] La prassi prevedeva innanzitutto la pubblicazione dell'avviso di concorso su tre numeri successivi del «Foglio d'Avvisi del Messaggiere Tirolese» e delle principali gazzette di altre province. Trascorsi i termini per la presentazione delle domande, un'apposita Commissione esaminava i titoli e indicava una terna di nomi fra i quali sarebbe stato scelto il titolare dell'ufficio.

[35] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1805*, Fasz. 2417, Z. 2103.

[36] Francesco Galvagni fu nominato nel giugno del 1806 (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1806*, Fasz. 2418, Z. 8120).

«Regolamento sul Sistema Medicinale del Regno», emanato dal sovrano di Baviera Massimiliano Giuseppe l'8 settembre 1808[37], prevedeva incarichi analoghi a quelli dei medici circolari. L'editto, che molto probabilmente non giunse mai ad essere effettivamente applicato in 'Trentino'[38] a causa dei rivolgimenti politici del 1809 e del successivo inglobamento di quest'area nel Regno d'Italia come parte del Dipartimento dell'Alto Adige, stabiliva l'insediamento dei medici distrettuali e dei consiglieri medici con il principale incarico di sorvegliare sulla condotta degli operatori sanitari nonché sulla corretta esecuzione delle norme. Ma non era tutto: il medico distrettuale, nominato per concorso e previsto con sede in ogni Giudizio[39], era tenuto alla compilazione e all'aggiornamento dell'elenco degl'individui medici, alla raccolta e all'ordinamento su appositi moduli a stampa dei dati relativi all'andamento delle nascite, delle morti, dei matrimoni e delle malattie, alla sorveglianza di tutti gli istituti di cura, degli orfani assegnati ai privati, degli stabilimenti penali, della strumentazione chirurgica, delle spezierie, delle drogherie, delle rivendite di erbe, e degli infermi di mente residenti nel suo distretto. Doveva quindi selezionare gli individui da inviare all'istruzione per la formazione di veterinari, maniscalchi e mammane, esaminare i soggetti da am-

[37] Il 'Regolamento' era diviso in quattro capitoli: operatori sanitari, medici distrettuali, consiglieri medicinali e ufficio medico del Ministero dell'Interno («Foglio d'Avvisi per il Circolo dell'Adige», 1808, n. 56, pp. 881-900). Su questo importante provvedimento si veda KÖRTING, 1971. Di organizzazione sanitaria nel Regno di Baviera durante la prima metà del XIX secolo si è parlato inoltre in occasione del 273mo colloquio della facoltà medica dell'Università di Monaco (20 giugno 1984) dal titolo *Die berufliche und soziale Situation der Ärzte und Wundärzte des Könighlich Bayerischen Medizinal- und Sanitätswesens in der 1. Hälfte des 19. Jahrhunderts.*

[38] Sul significato storico-geografico e storico-politico del termine «Trentino» si veda NEQUIRITO, 1991.

[39] Il Regno di Baviera era diviso amministrativamente in Commissariati circolari o Circoli (in tutto 12) e Giudizi. In particolare il Circolo dell'Adige, che comprendeva l'odierno Trentino, era formato dai seguenti Giudizi: Cles, Malè, Mezzolombardo, Vezzano, Civezzano, Pergine, Levico, Cavalese, Rovereto, Riva, Stenico, Tione, Condino e Trento.

mettere come praticanti nelle farmacie, visitare i giovani coscritti, redigere i certificati di miserabilità prescritti per il ricovero in ospedale o per l'assegnazione dei sussidi di assistenza, rilasciare pareri medico-legali, appianare, infine, i problemi insorti all'interno del corpo sanitario o farsi interprete presso l'autorità politica dei motivi di lagnanza.

La carica di medico distrettuale era incompatibile con la funzione più elevata di consigliere medico, ma l'aver ricoperto in passato quell'ufficio costituiva requisito necessario per accedervi. Dislocati in numero di uno o due presso ogni Commissariato circolare[40], i consiglieri medici, oltre che responsabili in capo dell'esecuzione di quanto ordinato «in materia del sistema di polizia medica», dovevano esprimere il proprio parere sulla nomina dei medici distrettuali e dei medici assegnati agli istituti d'assistenza, collaborare con l'autorità politica nel definire il numero e la distribuzione del personale sanitario sul territorio e infine consigliare gli interventi più appropriati in occasione dell'insorgenza fra gli uomini e gli animali di epidemie o «malattie attaccaticcie».

Rimasto in gran parte inattuato, come già detto, a causa degli eventi politici, il progetto bavaro, che prevedeva anche l'istituzione a Trento, così come a Monaco e Bamberg, di un Comitato di sanità[41], fu superato dal nuovo piano di riforma elaborato dal governo francese e pubblicato l'1 giugno 1811[42]. La nuova normativa, pur affrontando in modo

[40] Il solo Tirolo comprendeva tre circoli: Inn, con capoluogo Innsbruck, Isarco, con capoluogo Bressanone e Adige, con capoluogo Trento.

[41] Stando a quanto riportato da AMBROSI, 1887, p. 417 il Comitato di sanità entrò regolarmente in funzione. Non è stata, tuttavia, rinvenuta alcuna testimonianza documentaria sull'esistenza e l'attività di un simile organismo la cui organizzazione era disciplinata dal regolamento del 14 dicembre 1808, *Die Organisation der Medizinal-Komiteen*, 1808.

[42] AST, *Leggi e Decreti Napoleonici, Sanità*, cart. 34. Il decreto, ripartito in tre titoli, «Della Polizia Medica», «Della Sanità» e «Disposizioni generali», riprendeva *in toto* il testo delle leggi già approvate per il Regno d'Italia. In particolare i due primi titoli «Della Polizia medica» e «Della pubblica Sanità» costituivano il testo del «Decreto portante il Regola-

organico e conseguente tutti gli oggetti relativi alla salvaguardia della salute pubblica, non faceva più alcun riferimento a specifici incarichi sul tipo di quelli precedentemente incontrati.

Ogni autorità in materia sanitaria veniva, infatti, concentrata a livello dipartimentale nelle mani del prefetto[43] e dei vice-prefetti con cui collaboravano rispettivamente la Commissione dipartimentale di sanità[44] e le Deputazioni comunali di sanità[45].

Nel frattempo con la soppressione nel 1810 di ogni autonomia comunale cessava la sua attività anche il Magistrato

mento sulla polizia medica» pubblicato il 5 settembre 1806 («Bollettino delle leggi del Regno d'Italia», dal I settembre al 31 dicembre 1806, pp. 923-941).

[43] Fra i doveri del prefetto vi era anche l'obbligo di procedere annualmente all'ispezione di tutto il Dipartimento, così come stabilito da un decreto del 16 febbraio 1807. Gli esiti della visita dovevano essere riassunti in una relazione redatta secondo un certo schema con alcuni punti dedicati alla situazione sanitaria e assistenziale (ANTONIELLI, 1983). Per l'analisi di questo particolare tipo di fonte si veda BOURGUET, 1984.

[44] Facevano parte della Commissione il prefetto, che la presiedeva, il primo presidente della Corte di giustizia, due primi consiglieri di Prefettura e tre membri aggiunti scelti fra il personale sanitario. Contemporaneamente alla pubblicazione del nuovo regolamento sanitario furono nominati in quest'ultimo ruolo il medico Giovanni Mazzonelli, il chirurgo Giovanni Girolamo Concini e lo speziale Alessandro Volpi («Bollettino delle leggi del Regno d'Italia», dal 1° gennaio al 30 giugno 1811, pp. 467-468).

[45] Le Deputazioni comunali di sanità erano composte da tre persone, ossia dal podestà e dai primi due savi nei comuni di prima e seconda classe, dal sindaco, dal primo anziano e dal segretario della Municipalità in quelli di terza classe. «Queste deputazioni – come è scritto nel decreto dell'1 giugno – saranno incaricate d'invigilare su tutti gli oggetti interessanti la salute pubblica del Comune; nei casi ordinari corrisponderanno col Viceprefetto del rispettivo distretto, cui notificheranno le contravvenzioni che seguissero nel proprio territorio; nei casi straordinari corrisponderanno col Prefetto, e riferiranno ad esso le occorrenze esigenti provvedimento per ottenere le analoghe risoluzioni; e nei casi di bisogno urgente esse provvederanno senza ritardo, e ne renderanno immediatamente conto all'uno ed all'altro per quei maggiori provvedimenti che i medesimi giudicassero opportuni» (AST, *Leggi e Decreti Napoleonici, Sanità*, cart. 34).

consolare di Trento e con esso quel Tribunale di sanità che per lunghi secoli aveva costituito l'unico organismo con competenze sanitarie attivo nel territorio dell'ex Principato vescovile. Rinnovato di anno in anno e composto da sei consoli, da un medico e da un impiegato addetto al rilascio delle fedi di sanità[46], la sua autorità, secondo patente vescovile[47], si estendeva fino al 1803 su tutto il territorio principesco e coinvolgeva, così come nella natura di tanti altri analoghi magistrati della penisola italiana, soprattutto la gestione di ogni emergenza epidemica[48].

Il trattato di Ried dell'8 ottobre 1813 e il ritorno del Trentino in mano austriaca consentirono di riannodare le fila del discorso interrotto quasi dieci anni prima.

[46] BCT, ms 2884, relazione circa l'«Ufficium sanitatis» di Trento stilata il 21 giugno 1761 dal principe vescovo Francesco Felice degli Alberti.

[47] «Cum nihil magis aeque Principem deceat, quam publicam subditorum suorum incolumitatem procurare, et omnibus iuribus prospicere, ut a Civitatibus et Statu suo omnia arceant, quae corporum infirmitatem inducere quoquo modo possunt, et non modice proinde intersit personas habile eum in finem deputari, quae occasione contagiosa luis grassanti tempore accurate invigilent, ut ultro citroque per hanc Nostram Tridentinam Civitatem praetereuntibus absque infectionis periculo iter patere possit, atque ideo in quavis bene constituta Civitate pro quovis eventuro casu necesse sit sanitati adesse provisiones ut praedicit, hinc vos subscriptos ... ad huiusmodi publicae saluti curam gerendam deputandos, et constituendos, ac respective a Magnifici ibidem Dilectis Nostri huiuscae Nostrae Urbis Consulibus ellectos, et deputatos approbandos, et confirmandos esse diximus, prout authoritate Nostra deputamos, et constituimus, ac respective approbamus, et confirmamus vobis omnem, et quamcunque authoritatem, et iurisdictionem ad hoc munus recte abeundum necessariam et opportunam tribuentes, una cum facultate poenas, et mulctas refractariis et contumacibus in leges, ordines, provisiones publicae valetudinis tuendae causa inducendas, et imponendas, usibus eiusdem officii necessariis applicandi, salvo iure alios pro rei natae exigentia magis consultum fuerit visum quandocunque aggregandi: presentibus ad annum duraturi, ac sine praeiuditio iuri ea in re per dictos Magistratus Consules praetensi si quod competit et non aliter ... Datum Tridenti ex Cancelleria, die 11 iulii 1741» (AST, *Archivio Principato vescovile, Libri copiali*, 11, ff. 58r-59r).

[48] L'Ufficio o Tribunale di sanità di Trento intrattenne nel 1804 una fitta corrispondenza con altri analoghi uffici d'Italia per seguire l'evolversi dell'epidemia livornese (TAIANI, 1994).

2. *Gli ufficiali sanitari nel secondo periodo di governo austriaco: 1815-1848*

L'editto «concernente la provvisoria Organizzazione delle Autorità Politiche e lo stabilimento delle massime fondamentali per l'attuale amministrazione interinale del Tirolo Italiano ed Illirico» dell'1 marzo 1814, in attesa della definitiva sistemazione degli uffici statali, dettava alcune norme transitorie anche per il settore sanitario[49]. Si decretavano così la nomina temporanea dei medici cantonali[50], con competenze analoghe a quelle dei medici distrettuali di bavara memoria, la soppressione della Commissione dipartimentale di sanità, il mantenimento delle Deputazioni comunali di sanità[51] e la riattivazione dei fisicati circolari.

È assai probabile, tuttavia, che queste disposizioni non trovassero né integra né immediata applicazione. Non si è trovata traccia, infatti, dei medici cantonali[52] e per quanto ri-

[49] *Raccolta delle leggi provinciali*, MDCCCXIV, pp. 120-130.

[50] Il termine cantonale è da riferirsi all'organizzazione politico-amministrativa del territorio durante il periodo napoleonico. Ogni dipartimento del Regno d'Italia era, infatti, diviso in distretti ed ogni distretto in cantoni. In particolare il Dipartimento dell'Alto Adige comprendeva i cinque distretti o vice-prefetture di Trento, Rovereto, Riva, Cles e Bolzano a loro volta divisi nei venti cantoni di Trento, Lavis, Pergine, Levico, Borgo, Rovereto, Mori, Ala, Riva del Garda, Stenico, Tione, Condino, Cles, Malè, Fondo, Denno, Bolzano, Caldaro, Egna e Cavalese.

[51] Queste deputazioni, nominate, come nel caso di Riva del Garda (ACR, *Atti riguardanti la Sanità*, cart. 45), fin dal luglio 1811 e previste dalla legislazione francese con carattere permanente, funzionarono in realtà solo saltuariamente e in occasione di qualche emergenza epidemica: infatti, per quanto mai ufficialmente soppresse, le Deputazioni comunali di sanità furono praticamente riattivate nel 1831 in concomitanza con la diffusione delle prime notizie sulla comparsa in Europa del colera (AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano, Sanità, 1835*, cart. n.n.).

[52] Diversamente da quanto accadeva in Trentino, una fitta rete di medici cantonali fu attivata, ad esempio, nel Dipartimento del Basso Reno fin dagli inizi dell'Ottocento, per interessamento del prefetto Adrien Lezay-Marnesia, fervente discepolo dell'*Aufklärung* e allievo dell'Università di Gottinga. Costui, sulla traccia dell'esperienza maturata in Germania, realizzò una completa riorganizzazione della burocrazia dipartimentale,

guarda la Commissione dipartimentale di sanità, questa permase in attività ancora per un anno fino alla fine dell'aprile 1815[53]. La data corrisponde all'effettivo reinsediamento dei capitani circolari e la riconferma di Domenico Mattassoni e Francesco Galvagni quali medici circolari rispettivamente di Trento e Rovereto[54].

Con la fine del periodo di «amministrazione interinale» e la progressiva riorganizzazione amministrativa e giudiziaria del territorio si precisa, dunque, anche l'organigramma degli altri uffici sanitari[55].

In forza della sovrana determinazione del 7 aprile 1815, ogni medico circolare fu affiancato da un chirurgo circolare[56].

creando per l'appunto anche una vasta rete di medici cantonali il cui ruolo si richiamava a quello dei *Physicus* o *Landarzt* tedeschi del XVIII secolo (SUSSMAN, 1977).

[53] Un decreto governativo del 6 luglio 1815 ordinava di liquidare a Giovanni Mazzonelli, a Giovanni Girolamo Concini e ad Alessandro Volpi le restanti competenze per il lavoro svolto fino al maggio di quell'anno in qualità di membri aggiunti della Commissione dipartimentale di sanità e che lo stesso regolamento dell'1 giugno 1811 fissava in 150 lire annue (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1815*, Fasz. 2426, Z. 4153). Dell'attività svolta in concreto da questa Commissione non è rimasta, tuttavia, pressoché alcuna traccia. Il fondo *Sanità, p.m.* dell'Archivio di Stato di Milano, che raccoglieva parte della documentazione prodotta da quest'ufficio, è stato, infatti, integralmente distrutto nel corso dell'ultima guerra. Completavano l'organizzazione sanitaria del Regno d'Italia le tre Direzioni di polizia medica, con sede presso le Facoltà mediche di Padova, Bologna e Pavia, e un Magistrato centrale di sanità, con sede a Milano. Quest'ultimo fu insediato nel novembre 1804 per far fronte all'emergenza epidemica dettata dalla comparsa a Livorno di una malattia sospetta, ritenuta «febbre gialla». Fecero parte inizialmente di questo organismo Pietro Moscati, Luigi Castiglioni, Giuseppe Luini, Giuseppe Paletta, Giovanni Rasori, Simone Strativo e Benedetto Arese Lucini (TAIANI, 1994).

[54] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität*, 1815, Fasz. 2426, Z. 221. Furono successivamente eletti per Trento Aliprando Rossi nel 1826 e Luigi Montavon nel 1832: per Rovereto Bartolomeo Erlicher nel 1827, Luigi Montavon nel 1829 e Aliprando Rossi nel 1832. Al medico circolare competeva uno stipendio annuo di 600 fiorini cui si aggiungevano gli «oboli» di visita alle spezierie.

[55] SLEZAK, 1956.

[56] *Raccolta delle leggi provinciali*, MDCCCXV, pp. 40-42. Potevano concorrere alla carica di chirurgo circolare, cui corrispondeva uno stipendio

Successivamente nel 1818, un anno dopo l'entrata in funzione dei Giudizi distrettuali[57], una legge del 12 agosto disponeva la nomina di cinque medici distrettuali di cui tre con sede nel circolo di Trento (Castello di Fiemme, Bozzana e Roncegno) e due nel circolo di Rovereto (Tione e Condino)[58]. Un

annuo di 200 fiorini in moneta di convenzione, tutti coloro in grado di dimostrare di «aver riportato il grado Accademico del Magistero nella Scienza chirurgica e di aver appresa perfettamente la veterinaria». Una risoluzione sovrana del 25 novembre 1830 stabilì, tuttavia, che *coeteris paribus*, fossero da preferirsi coloro in possesso anche del diploma conseguito presso un'Istituto di veterinaria (AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano, Sanità, 1830*, cart. n.n.). Furono nominati per la prima volta come chirurghi circolari di Rovereto e Trento rispettivamente Martin Kaufmann e Luigi Crescini. Gli subentrarono successivamente Johann Aberle nel 1829 a Rovereto e Francesco Fontanari nel 1819, Johann Germounig nel 1826, in realtà mai insediatosi, Michele Pichelmayer nel 1827, Domenico Tecini nel 1844 ed infine Kaspar Tschan nel 1847 a Trento (cfr. *Schematismus*).

[57] La legge istitutiva del 14 marzo 1817 prevedeva nei due circoli di Trento e Rovereto i seguenti giudizi: Primiero, Ivano-Valle di Tesino, Telvana-Castelalto-S. Pietro, Levico, Caldonazzo-Villa di Palù, Pergine, Segonzano, Civezzano-Sover, Trento, Vezzano, Königsberg-Lavis, Mezzocorona, Masi di Vigo-Tuenetto, Spor-Flavon-Belfort, Cles, Castelfondo, Fondo, Malè-Terzolas, Rabbi, Cavalese, Fassa, Rovereto città, Rovereto comuni esteriori-Castelcorno, Folgaria, Nomi, Castellano-Castelnuovo, Mori-Gresta, Ala, Arco-Drena-Penede, Riva-Tenno, Val di Ledro, Lodron, Condino, Tione e Stenico (*Raccolta delle leggi provinciali*, MDCCCXVII, pp. 165-250). Aggiustamenti successivi ridussero quindi a venticinque il numero dei Giudizi attivi a metà Ottocento: Trento, Vezzano, Lavis, Cembra, Civezzano, Borgo, Pergine, Levico, Strigno, Cles, Mezzolombardo, Fondo, Malè, Cavalese, Fassa, Rovereto, Ala, Mori, Nogaredo, Riva del Garda, Arco, Val di Ledro, Tione, Stenico e Condino (CASETTI, 1961).

[58] *Raccolta delle leggi provinciali*, MDCCCXVIII, pp. 352-354. Poteva concorrere alla carica di medico distrettuale, cui era associato uno stipendio annuo di 400 fiorini in moneta di convenzione, chiunque fosse in possesso di un titolo di studio rilasciato da un'Università dell'Impero. Le prime nomine videro le seguenti assegnazioni: Francesco Saverio Chesi a Condino, Andrea Marchetti a Tione, Francesco Marzari a Roncegno, Aliprando Rossi a Castello ed infine Domenico Martinelli a Bozzana. Nel 1824, per la morte di Andrea Marchetti, Francesco Saverio Chesi passò ad occupare il Fisicato distrettuale di Tione che mantenne fino al 1846 quando gli subentrò Domenico Tecini che aveva ricoperto precedentemente la carica di chirurgo circolare di Trento. Contemporaneamente quello di Condino fu assegnato al neoeletto Francesco Alimonta cui

decreto governativo del 28 ottobre, stabiliva quindi l'istituzione anche in Tirolo di speciali medici e chirurghi criminali[59] con sede presso i giudizi criminali inquirenti di Rovereto, Tione, Trento, Cavalese, Cles e, dal 1828[60], di Primiero[61]. Infine un decreto della Cancelleria aulica del 29 agosto 1819

seguirono Francesco Marzari nel 1832 e Antonio Nicolini nel 1842, in precedenza medico criminale di Condino. Il Fisicato di Bozzana, invece, fu coperto ininterrottamente fino alla metà del secolo da Domenico Martinelli, mentre una serie di rivolgimenti interessarono le rimanenti due sedi di Roncegno e Castello di Fiemme (cfr. note 65 e 66). Per quanto riguarda il circolo di Rovereto facevano parte inizialmente del Fisicato distrettuale di Tione i giudizi di Stenico, Tione e Riva-Tenno e del Fisicato distrettuale di Condino i giudizi di Condino, Val di Ledro e Lodron. I rimanenti giudizi di Folgaria, Nomi, Castellano-Castelnovo, Mori-Gresta, Ala ed Arco-Drena, nonché la città di Rovereto e suoi comuni esteriori erano di diretta competenza del medico circolare di Rovereto. Relativamente invece al Circolo di Trento, la ripartizione fra i vari fisicati aveva assegnato i giudizi di Cavalese, Segonzano e Fassa al Fisicato distrettuale di Castello di Fiemme, i giudizi di Primiero, Ivano-Valle di Tesino, Telvana-Castelalto e Levico al Fisicato di Roncegno ed infine i giudizi di Cles, Spor-Flavon, Masi di Vigo-Tuenetto, Castelfondo, Fondo, Malè e Rabbi al Fisicato di Bozzana. I rimanenti Giudizi di Königsberg-Lavis, Caldonazzo, Pergine, Civezzano, Vezzano e Mezzocorona, nonché la città di Trento e suoi comuni esteriori erano di diretta competenza del medico circolare di Trento. Un primo progetto aveva indicato come sedi di fisicato nel Circolo di Trento le località di Cavalese, Borgo e Cles (TLAI, *Jüngeres Gubernium*, *Sanität*, *1819*, Fasz. 2432, Z. 165).

59 *Raccolta delle leggi provinciali*, MDCCCXVIII, pp. 935-938.

60 L'organizzazione dei Giudizi criminali è esposta nella circolare dell'Imp. Reg. Giudizio di Appello del 16 aprile 1817 (*Raccolta delle leggi provinciali*, MDCCCXVII, pp. 422-436). Le prime nomine assegnarono tali incarichi, cui era associato uno stipendio annuo di 100 fiorini in moneta di convenzione per il medico criminale e di 50 per il chirurgo criminale, al medico Giuseppe Riddo e al chirurgo Stefano Menegaffer per il giudizio criminale di Cles, al medico-chirurgo Luigi Collizzoli in entrambe le funzioni per il giudizio criminale di Tione, al medico Benedetto Rasa e al chirurgo Domenico Brocchi per il giudizio criminale di Rovereto, al medico Francesco Rizzoli e al chirurgo Carlo Rasmo per il giudizio criminale di Cavalese ed infine al medico Francesco Fontanari ed al chirurgo Giuseppe Cainelli per il Giudizio criminale di Trento (TLAI, *Jüngeres Gubernium*, *Sanität*, 1819, Fasz. 2432, Z. 165).

61 Assunsero le cariche di medico criminale e chirurgo criminale rispettivamente Luigi Crescini, già chirurgo circolare di Trento, e Pietro Fanzago (TLAI, *Jüngeres Gubernium*, *Sanität*, *1828*, Fasz. 2452, Z. 14608).

introduceva la carica del veterinario provinciale con sede nel capoluogo della Provincia[62], mentre circa dieci anni dopo, per effetto di una risoluzione sovrana del 3 marzo 1828, si approvava anche per Trento la nomina di due medici civici: uno assegnato alla cura degli istituti di cura e di ricovero e l'altro agli oggetti di «polizia sanitaria»[63]. Si attuava in questo modo quanto era già stato previsto per gli altri centri più importanti della Provincia, ossia Bolzano, Innsbruck e Rovereto[64].

[62] *Raccolta delle leggi provinciali*, MDCCCXIX, pp. 611-612. Fu nominato per la provincia del Tirolo Ludwig Mayer.

[63] Come si legge nel primo avviso di concorso pubblicato sul «Messaggiere Tirolese» dell'8 agosto 1828, n. 64. In un primo tempo si era pensato di sommare i due incarichi in un'unica persona, ma le obiezioni sollevate a tal proposito dalla Congregazione di Carità e fatte proprie dal Capitanato circolare, convinsero chi di dovere dell'opportunità di procedere alla nomina di due distinti soggetti. «Preso in disanima quanto espone la Congregazione di Carità – appare scritto in un rapporto del Capitanato circolare di Trento del 13 ottobre 1826 – il Capitanato deve convenire che impossibile rendesi per un solo individuo di poter a dovere disimpegnare gli affari che offrono gli stabilimenti [da una parte] e la carica del Fisico della Città [dall'altra]; che per conseguenza sarebbe del sommesso parere di ... separare, come lo fu per l'addietro l'incarico di Medico dello Spedale e degli altri istituti, da quello di Fisico della Città» (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1826*, Fasz. 2448, Z. 19646). In ogni caso veniva ampiamente corrisposta la richiesta avanzata dal podestà della città di Trento più di dieci anni prima. «Sommamente desiderata giungerebbe la nomina anche in questa Città – scriveva il podestà il 30 ottobre 1816 al Capitanato circolare di Trento – d'un medico fisico per la stessa ad esempio delle altre città Tirolesi, cui ne vennero accordati dalla Sovrana munificenza, e per quanto mi è noto, dallo stesso sistema governativo austriaco. Io non posso quindi non pregare codest'Inclito Capitaniato perché voglia prendere nel proposito ogni maggior interessamento, non abbandonando però il riflesso, che una tal carica come diretta principalmente in aiuto de' miseri non gravita punto sulla cassa comunale, ma è sostenuta interamente dalla caritatevole generosità dell'Augustissimo Sovrano» (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1817*, Fasz. 2428, Z. 1129). In occasione della prima elezione furono nominati Giuseppe Lupis per gli istituti di ricovero e Luigi Bevilacqua per gli oggetti di «polizia sanitaria». Gli subentrarono rispettivamente Leonardo Cloch, già medico criminale a Cavalese, e Giuseppe Rungg, «praticante dell'ufficio di sanità» (*Il d.r Giuseppe Rungg*, 1928). Il medico Cloch fu sostituito da Saverio Proch nel 1843.

[64] Ricoprirono tali cariche nella città di Rovereto Leopoldo Rosmini,

Nel frattempo, fra il 1825 e il 1826, si era proceduto nel Circolo di Trento al trasferimento di due delle sedi di Fisicato: una da Roncegno a Castelnuovo[65] e l'altra da Castello di Fiemme a Tesero[66]. Non trovarono ascolto, invece, le pressanti richieste avanzate in più di un'occasione dalla rappresentanza comunale di Riva del Garda che aveva candidato la propria città come sede alternativa a quella di Tione prima e a quella di Condino poi[67]. Nel 1832, infine, con

Giacomo Antonini e Francesco Vaeni in qualità di medici ospedalieri e Benedetto Rasa in qualità di medico civico addetto agli affari di polizia sanitaria.

[65] Il cambio di sede da Roncegno a Castelnuovo è registrato dallo *Schematismus* a partire dal 1826, p. 332.

[66] Il cambio di sede fra Castello di Fiemme e Tesero avvenne in concomitanza con la promozione di Aliprando Rossi, fisico distrettuale di Castello, a medico circolare di Trento. Il suo successore, Lattanzio Pettenati, fu nominato sulla nuova sede di Tesero dove permase in attività fin quasi alla metà del secolo. Lo spostamento del Fisicato dalla sede di Castello a quella di Tesero era stato favorevolmente accolto dal Capitanato circolare di Trento che lo caldeggiò in un suo rapporto del 24 maggio 1826: «Ritenuto che nell'attivare l'organizzazione dei Medici distrettuali s'abbia principalmente avuta in vista di stabilire la loro sede nel medituglio d'ogni Distretto, onde con più facilità e speditezza possano essere disimpegnati gli obblighi annessi a quella carica e soccorsa in pari tempo la languente umanità ne siegue che avendo dissegnato dal riparto assegnato al Medico distrettuale di Castello il Giudizio di Segonzano unendolo a quello di Civezzano, Castello non offre più la centrale di quel Distretto, ma giace ora affatto in un angolo, e non corrisponde per conseguenza alla massima fissata per questo ramo di sanitaria organizzazione» (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1826*, Fasz. 2448, Z. 10330). Successivamente, con rapporto del 30 giugno, lo stesso Capitano Circolare respingeva invece ogni ipotesi di trasferimento del Fisicato, anziché a Tesero, a Predazzo o a Ziano.

[67] Il 27 gennaio 1825 il civico Magistrato di Riva del Garda indirizzava una propria supplica direttamente al sovrano per ottenere la promozione della città a sede di Fisicato in alternativa a quella di Tione (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1825*, Fasz. 2445, Z. 5036). Il 18 aprile dello stesso anno, il Capitano circolare di Rovereto esprimeva, su invito del governo, un parere fondamentalmente favorevole alla richiesta avanzata dalla rappresentanza di Riva, ricordando in questo senso la propria originaria adesione al progetto che auspicava fin dal 1818 l'erezione nel circolo di Rovereto di tre Fisicati (*ibidem*). Ciò nonostante la domanda non venne accolta ed uguale sorte conobbe anche una analoga supplica del 28 marzo 1828 con cui la città di Riva si propose come sede alternativa a quella di

risoluzione sovrana comunicata con dispaccio governativo del 2 aprile, fu decretata, per ragioni fondamentalmente di carattere finanziario, la soppressione della sede di Castelnuovo e la riduzione a due (Tesero e Bozzana), anche per il Circolo di Trento, dei Fisicati distrettuali[68].

Condino (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1828*, Fasz. 2451, Z. 730). In entrambe le occasioni il rifiuto fu giustificato con la norma che vietava espressamente la residenza del medico distrettuale in luoghi dove già dimorasse altro medico. «Per ciò poi – è scritto nel citato rapporto compilato il 18 aprile 1825 dal Capitanato circolare di Rovereto – che di presente concerne in particolare la supplica del Civico Magistrato di Riva potrebbe sembrare a prima vista superfluo l'implorato Fisico distrettuale, se si riflette che in quella città si ritrovano attualmente domiciliati due medici, cioè il d.r Giambattista Zanotti e il d.r Giorgio Fiorio ... Ciò non pertanto considerato, che il primo di questi due nominati medici occupato si trova la maggior parte d'ogni giornata coi doveri della da esso assunta medico-chirurgica condotta della Comune di Nago e Torbole, distante un'ora e mezza di Riva e che il secondo, perché assai possidente e perché poca confidenza gode fra il pubblico, poco conto si prende della pratica-medica professione; ne viene per conseguenza che la città e comune di Riva prova una mancanza del necessario aiuto medico tanto nel trattamento delle eventuali malattie, quanto a disbrigo degli occorribili affari medico politici». Al di là delle ragioni espressamente sostenute, è evidente che la rappresentanza comunale di Riva perseguisse uno scopo ben preciso, ossia assicurare un'assistenza qualificata alla popolazione a totale carico dell'Erario pubblico anziché della cassa comunale. Identico calcolo, d'altronde, aveva ispirato il podestà di Trento nel richiedere nel 1816 l'assegnazione a quella città del medico civico (cfr. nota 63).

[68] In realtà il provvedimento era già stato deciso alcuni anni prima, ma fu reso esecutivo solo in occasione della vacanza della sede per il trasferimento del suo titolare, Francesco Marzari, nell'altra sede di Condino, rimasta a sua volta vacante per la morte di Francesco Alimonta. Già il 2 gennaio 1828, infatti, il capitano del Circolo di Trento aveva comunicato al Governo provinciale del Tirolo l'assenso dei giudizi di Levico, Borgo, Strigno e Primiero alla proposta di sopprimere la sede di Castelnuovo (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1828*, Fasz. 2451, Z. 730). Tale proposta, che rientrava fra i provvedimenti studiati per «restringere le spese dello stato», registrò, tuttavia, anche qualche parere discorde. Nel 1830, il giudizio distrettuale di Vezzano, interpellato sulla questione, si dichiarava contrario alla «restrizione degli I.R. Medici distrettuali ritenuto ... che il numero attuale di essi meriti di esser in alcun modo ristretto, perché questo numero non è ... esorbitante» (AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano, Sanità, 1830*, cart. n.n.). Ragioni d'ordine finanziario avevano, d'altronde, vanificato anche la proposta d'istituire dei veterinari distrettuali. Il progetto rimase a lungo solo sulla carta e quando venne finalmente realizzato la spesa necessaria fu caricata sui comuni.

A questo punto il gruppo di ufficiali sanitari responsabili per il territorio dei due Capitanati circolari di Trento e Rovereto risultava così organizzato: al centro, con sede ad Innsbruck, risiedevano il protomedico[69] ed il veterinario provinciale, mentre, sparsi sul territorio agivano due medici circolari, due chirurghi circolari, quattro medici distrettuali, quattro medici civici, di cui due a Rovereto e due a Trento, sei medici criminali e sei chirurghi criminali. Presso ogni ufficio circolare prestava, inoltre, servizio un «praticante all'uffizio di sanità» (*kreisärztlicher Konzeptspraktikant*)[70]. Con la nuova divisione politico-amministrativa, attuata nel 1849[71] e prima della legge sanitaria del 30 aprile 1870 che avrebbe introdotto nuove e più sostanziali modifiche, anche le cariche sanitarie vennero ridistribuite fra i nuovi uffici politici[72]. Alla circoscrizione di Trento venivano così assegnati un consigliere medico ed un chirurgo, mentre presso ognuno dei sei Capitanati distrettuali (Trento, Rovereto, Tione, Cles, Cavalese e Borgo Valsugana) veniva distaccato un medico distrettuale, rappresentato in quello di Trento dal consigliere medico di circoscrizione stesso[73].

[69] La carica di protomedico fu ricoperta nella prima metà dell'Ottocento dal medico arcense Giacomo de Bertoldi fino al 1807 (*Il medico d.r Giacomo de Bertoldi*, 1926), da Johann Keesbacher fra il 1815 e il 1818 ed infine da Johann Nep. Ehrhart dal 1819 fin quasi alla metà del secolo, quando gli subentrò Ignaz Laschan, già direttore dal 1833 al 1837 del Triplice Istituto delle Laste a Trento. Ricoprirono la carica *ad interim*, nei periodi di vacanza, il medico fassano Michele Comini, fra il 1807 e il 1808, e l'altro medico trentino Giovanni Battista Garzetti, tra la fine del 1814 e gli inizi del 1815.

[70] Questa funzione, prestata gratuitamente, fu svolta, come già detto, da Giuseppe Rungg prima di essere eletto alla carica di medico civico. Gli subentrò successivamente Antonio Ballista, il quale rinunciò nel 1837 per non meglio specificati impegni professionali (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1837*, Fasz. 2470, Z. 12753).

[71] SCHOBER, 1981.

[72] BUNDSMANN, 1961, pp. 248-249.

[73] La nuova legge del 30 aprile 1870 stabilì presso le autorità politiche le seguenti cariche («Bollettino delle leggi dell'Impero», 1870, pp. 126-127):
«a) nelle città con statuto proprio i funzionari sanitari nominati dalle rappresentanze comunali;

Nei primi anni trenta dell'Ottocento si era pertanto definitivamente consolidato in Trentino, come peraltro in Tirolo e in tutte le altre province dell'Impero austro-ungarico (cfr. tav. 4) e secondo il disegno originario perseguito dal van Swieten, un consistente nucleo di funzionari sanitari, tutti alle dirette dipendenze dello stato e tutti in possesso di una specifica preparazione medico-scientifica acquisita grazie alla frequenza di regolari corsi universitari condotti, in particolare, presso la facoltà medica di Vienna. Il meccanismo stesso del «concorso» con cui venivano attribuiti i vari incarichi appariva congeniale ad una diversa selezione del personale, poiché basata sull'indubbia competenza 'tecnica' del candidato, accertata grazie ad una valutazione meritocratica dei titoli di studio esibiti e delle esperienze di lavoro maturate, piuttosto che su altri elementi, quali, ad esempio, l'estrazione sociale.

Ecco spiegato, pertanto, anche perché tutti i personaggi chiamati a ricoprire le varie mansioni precedentemente elencate, in genere assai ambite[74], vantassero un *iter* formativo o pro-

b) presso i capitanati distrettuali i medici distrettuali ed occorrendo i veterinari distrettuali governativi;
c) presso le autorità politiche provinciali i consigli provinciali di sanità, i referenti sanitari provinciali, ed i veterinari provinciali;
d) presso il Ministero dell'Interno il supremo consiglio di sanità col referente per gli affari sanitari».

[74] Segni inequivocabili di quanto fossero ambite dai vari medici le nuove cariche pubbliche sono il numero di domande presentate all'apertura del concorso, le richieste inoltrate direttamente al governo per ottenere l'incarico, così come singole vicende sul genere di quella toccata al medico Giuseppe Maria Canella nel 1826. Costui ricopriva dal 1823 le mansioni di chirurgo operatore presso l'Ospedale civico di Trento e percepiva per questa sua mansione uno stipendio annuo di 600 fiorini pari a quello normalmente percepito da un medico circolare (BCT, *Archivio comunale moderno*, *Sanità*, *XXIII*, *1829*, cart. n.n., *Actum del 4 dicembre 1823*). Ciò nonostante, dopo aver ricoperto *ad interim* la carica di medico circolare di Trento per circa un anno, in sostituzione del defunto Domenico Mattassoni, decise, una volta aperto il concorso, di presentare anch'egli domanda. La sua candidatura fu sostenuta dal podestà di Trento Benedetto Giovanelli, ben conscio del sensibile vantaggio per l'intera città determinato dall'eventuale nomina del Canella, ossia la possibilità di disporre di un individuo assai stimato per le sue qualità professionali

fessionale assai simile. Domenico Mattassoni, primo medico circolare di Trento, si laureò ad Innsbruck nel 1799 e frequentò successivamente a Vienna per sei mesi le lezioni del celebre Frank[75]. Identiche tappe, più o meno negli stessi anni, percorse anche il futuro medico circolare di Rovereto Francesco Galvagni[76], mentre Francesco Marzari, medico distrettuale di Roncegno-Castelnuovo dal 1821 al 1832 e quindi di Condino dal 1832 al 1840, studiò e si laureò direttamente a Vienna nel 1803[77]. Lattanzio Pettenati, medico distrettuale a Tesero dal 1826 al 1847, si laureò anch'egli a Vienna nel 1801 e prima della sua nomina ricoprì dal 1802 la funzione di medico condotto nei paesi di Predazzo, Forno, Moena, Ziano e Panchià[78] in Val di Fiemme dove s'impegnò anche a favore della vaccinazione[79]. Analogamente

senza alcun carico per le casse comunali (BCT, ms 1139, lettera del podestà di Trento Benedetto Giovanelli ad Antonio Mazzetti). Nonostante gli indubbi meriti e i numerosi titoli, il Canella non ottenne, tuttavia, la sospirata nomina (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1825*, Z. 171).
Giuseppe Maria Canella, figlio del medico Benigno, nacque a Riva del Garda il 5 agosto 1788 e morì a Trento nel 1829. Studiò nel Ginnasio di Bressanone e successivamente in quello di Merano da dove passò al Liceo d'Innsbruck. Nel 1806 si trasferì all'Università di Landshut per studiarvi la chirurgia. Nel 1811, infine, si laureò in medicina e chirurgia a Pavia. Di qui si spostò a Parigi presso la scuola chirurgica di G. Dupuytren, A. Boyer, M. Cullerier e J.N. Marjolin. Rientrò in patria nel 1812. Prima di assumere nel 1823 l'incarico di chirurgo operatore per la città di Trento fu, dal 1819, medico condotto di Riva. Nel corso della sua breve vita intraprese numerosi viaggi di studio all'estero e fu autore di vari scritti: fra questi, CANELLA B.-CANELLA G., 1817. Fu redattore del «Giornale di chirurgia pratica» pubblicato a Trento fra il 1824 e il 1829 e distribuito il primo anno di pubblicazione fra ben 309 abbonati (BCT, ms 1139, lettera del podestà di Trento Benedetto Giovanelli ad Antonio Mazzetti). Per queste ed altre notizie sul Canella si vedano *Brevi notizie*, [1830]; BONOMI, 1930; *Dizionario biografico*, XVIII, 1975, pp. 3-4.

75 TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1805*, Fasz. 2417, Z. 2103.

76 TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1806*, Fasz. 2418, Z. 8120.

77 TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1819*, Fasz. 2432, Z. 165.

78 Il contratto fu firmato con decorrenza dall'1 agosto 1802 (ACZ, *Documenti storici, carte non inventariate*).

79 TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1816*, Fasz. 2427a, Z. 800. Il «Regolamento intorno alla vaccinazione» del 1816 stabiliva che nella

Domenico Martinelli e Francesco Saverio Chesi, medici distrettuali rispettivamente di Bozzana dal 1821 al 1848 e di Condino e Tione dal 1821 al 1846, pur studiando e conseguendo il loro titolo a Padova, vennero entrambi approvati ad Innsbruck nel 1808 e ricoprirono anch'essi funzioni di medico condotto per alcuni anni prima della nomina[80]. Francesco Alimonta, infine, medico distrettuale di Condino dal 1825 al 1832, si laureò nel 1795 a Pavia, nella stessa facoltà dove aveva insegnato fino a quell'anno Johann Peter Frank[81] prima del suo rientro a Vienna. Non vantava alcun servizio di condotta medica, ma si adoperò attivamente a favore della vaccinazione nei paesi delle Giudicarie nei quali esercitava. Sempre a Pavia, peraltro, attratto dalla fama del Frank, aveva studiato fino al 1789, anche il fassano Michele Comini[82], neomedico circolare di Bressanone nel 1806[83] e prima di allora medico condotto nei paesi di Predazzo, Moena, Forno, Ziano e Panchià[84].

promozione a cariche pubbliche si sarebbe dovuta dare importanza anche all'attività svolta dal candidato a favore della vaccinazione stessa (*Raccolta delle leggi provinciali*, dal 1mo gennaio sino all'ultimo aprile MDCCCXVI, p. 852): «In occasioni di promozioni si dovrà aver riguardo a que' medici, che si sono acquistati particolari meriti coll'innesto del vaccino».

80 TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1819*, Fasz. 2432, Z. 165. Si parla di approvazione in quanto una normativa bavara del 1807 stabilì che qualunque individuo medico in possesso di titolo di studio conseguito in facoltà esterne al territorio del Regno di Baviera doveva sottostare ad un nuovo esame.

81 TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1819*, Fasz. 2432, Z. 165.

82 Michele Comini fu autore di vari scritti fra i quali COMINI, 1795; COMINI, [1797(a)]; COMINI, [1797(b)]; COMINI, 1801. Insignito nel 1807 di un'onorificenza da parte delle autorità bavare, in riconoscimento dei numerosi servizi prestati («Foglio d'Avvisi per il Circolo dell'Adige», n. 18, 3 giugno 1807, p. 81), si trasferì successivamente ad Innsbruck dove servì presso il locale ospedale e ricoprì per un breve periodo anche la carica di Protomedico provinciale (BONOMI, 1930).

83 TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1806*, Fasz. 2418, Z. 45.

84 ACZ, *Documenti storici*, carte non inventariate.

TAV. 4. *Personale sanitario alle dirette dipendenze dell'amministrazione statale in servizio nelle varie province della Monarchia austriaca nel 1847*[85]

Provincia	Medici	Chirurghi	Ostetriche
Österreich u. der Enns	50	19	10
Wien das übrige Land	22	5	–
Österreich o. der Enns	32	6	–
Steiermark	40	18	14
Kärnthen und Krain	21	9	–
Künstenland	22	12	1
Tirol	32	18	1
Böhmen	41	17	–
Mähren und Schlesien	15	18	–
Galizien	32	41	29
Dalmatien	15	11	–
Militärgrenze	19	85	209
Lombardie	33	13	4
Venedig	55	23	1
TOTALE	429	295	269

3. *Attribuzioni e competenze*

A tutti i funzionari cui si è accennato poc'anzi vennero assegnati compiti analoghi, nel rispetto di quel principio che fissava la centralità e il primato della posizione medica.

In altre parole il protomedico, i medici circolari, i chirurghi circolari, i medici distrettuali, i medici civici e, per taluni aspetti, anche i medici ed i chirurghi criminali nonché il veterinario provinciale, erano tutti tenuti, indipendentemente da ogni valutazione gerarchica, a collaborare con le autorità politiche segnalando ogni circostanza ritenuta di seria minaccia per l'integrità della salute pubblica ed intervenendo con i mezzi più opportuni per porvi rimedio.

L'istruzione per i medici distrettuali del 1846[86], preceduta

[85] *Übersichts-Tafeln*, 1850, p. 89.

[86] AST, *Capitanato circolare di Trento, Sanità, 1846*, cart. 202, istruzione per i fisici distrettuali.

da quelle per il personale medico circolare del 1804[87], per il protomedico del 1806[88], per i chirurghi circolari del 1808[89] e per il personale medico civico del 1818[90] e 1832[91], fornisce in questo senso una sintesi esaustiva di tutte le cure che dovevano competere a questi funzionari[92]; testimonia, inoltre, sia l'espansione dell'iniziativa pubblica in questo settore d'intervento nell'arco di quasi un secolo, dalla prima istruzione per i capitani circolari del 1754, sia l'ampia recezione del progetto elaborato dai grandi teorici della polizia medica, quali appunto Gerard van Swieten, Samuel August Tissot e Johann Peter Frank. Gli oggetti su cui il medico distrettuale era chiamato ad esercitare la sua sorveglianza, elen-

[87] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität*, 1804, Fasz. 2416, Z. 17095. A quest'istruzione in 23 articoli, successivamente confermata nel 1809 e nuovamente pubblicata nell'ottobre del 1816 (LASCHAN [ed], [1848], pp. 16-19), se ne aggiunse una seconda diffusa il 24 novembre 1806 e dettata più specificamente per la visita alle spezierie (BCT, *Archivio Consolare*, ms 3994, *Atti civici*).

[88] LASCHAN (ed), [1848], pp. 9-13. Risale allo stesso anno anche un'«istruzione per li fisici circolari, per li medici, chirurghi, speziali, e droghieri» mirata ad «introdurre non solo una norma stabile per le prescritte visite delle spezierie, ma ben'anche di stabilire un miglior sistema nell'erezione di queste» (BCT, *Archivio consolare, Atti civici*, ms 3994).

[89] LASCHAN (ed), [1848], pp. 56-57. Quest'istruzione in 10 punti fu nuovamente pubblicata nel 1820.

[90] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität*, 1818, Fasz. 2430, Z. 1403. Si tratta dell'istruzione in 24 articoli pubblicata ad uso dei due medici civici di Innsbruck.

[91] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1832*, Fasz. 2461, Z. 18832. Questa nuova istruzione elaborata per il medico civico di Trento ricalcava, seppur con qualche modifica, la struttura in 24 articoli dell'istruzione del 1818. «Le instruzioni – spiega in un proprio rapporto del 2 giugno 1828 il Capitano circolare di Trento – ... vennero nel complessivo modellate dietro quelle adottate pei due fisici della città d'Innsbruck, avendo ommessi quei paragrafi ritenuti superflui, e modificati quelli, che non furono ritrovati convenienti per questa città» (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1832*, Fasz. 2461, Z. 18832).

[92] Ad eccezione del chirurgo circolare per il quale era sancito nella sua istruzione il rapporto di subordinazione rispetto al medico circolare, nel caso di tutte le altre cariche sanitarie si parlava solo di dipendenza dalle autorità politico-amministrative.

cati nel secondo dei venticinque articoli che componevano l'istruzione, spaziavano, infatti, dal controllo sullo stato di salute della popolazione e del bestiame a quello sulla condotta di tutti gli operatori sanitari, dalla verifica della situazione negli istituti di cura, nelle carceri e negli stabilimenti termali, alla vigilanza sul regolare svolgimento delle annuali campagne di vaccinazione e sulla corretta esecuzione delle misure previste contro epidemie ed epizoozie. In particolare, riguardo allo stato di salute generale, l'istruzione sottolineava l'importanza di garantire, attraverso periodiche ed appropriate indagini, la costante informazione su tutti quegli elementi in grado di spiegare l'insorgenza delle varie malattie umane ed animali. S'invitava pertanto il medico distrettuale a tenere continuamente sotto controllo il territorio e la sua popolazione e ad inoltrare di volta in volta all'autorità politica dalla quale dipendeva tutti i rilievi condotti sui quei ben noti fattori ritenuti capaci d'influire negativamente sulla condizione sanitaria generale: dall'esistenza di paludi all'eventualità d'inondazioni, dall'insalubrità dei pascoli all'impurità delle acque, dall'inagibilità delle abitazioni alla scarsa pulizia degli ambienti e della persona, dal consumo di alimenti e bevande cattivi, avariati, velenosi, mal preparati o mal conservati all'inadeguatezza del vestiario. Vi erano, poi, le tante «errate» usanze del popolo, fra le quali quelle in tema di gravidanza, parto, puerperio, cura dei neonati, educazione fisica dei bambini e trattamento delle malattie dell'infanzia, e, infine, vari altri oggetti come lo smercio di medicinali e l'attività di ciarlatani, saltimbanchi ed empirici. La migliore occasione per svolgere tutte queste rilevazioni, ma soprattutto per trarre un bilancio complessivo della situazione sanitaria, era rappresentata dalla ricognizione annua che sia il medico distrettuale sia il medico circolare, ma anche il protomedico ed il veterinario provinciale, erano tenuti ad effettuare nei territori di loro competenza rispettivamente nei mesi di luglio-agosto e nel periodo autunnale. In particolare, la missione del medico circolare, doveva servire anche a verificare se quanto disposto nel precedente passaggio dal medico distrettuale era stato realmente eseguito. Di qui, pertanto, la cura con cui nell'istru-

zione del 1846 si elencano punto per punto le modalità da rispettare nella visita. Innanzitutto, tanto nel controllo delle farmacie pubbliche[93] quanto in quello degli armadi farmaceutici affidati a medici e chirurghi[94], si doveva verificare oltre alla presenza e alla qualità dei prescritti medicamenti anche lo stato dei locali e dei recipienti in cui erano conservati e, nei casi previsti, la legittimità dei titoli abilitanti all'esercizio della professione e il grado di preparazione dei tirocinanti.

«In queste visite – è scritto all'articolo 6 – [il medico distrettuale] osserverà specialmente, se il padrone della specieria od il di lui provisore siano speciali approvati regolarmente e con diploma di una università austriaca, se gl'individui ivi impiegati abbiano terminato il loro tirocinio, e possano produrre una testimonianza di questo tirocinio spedita nell'interno degli stati austriaci, se possedano i necessari libri relativi alla loro professione, se rilevesi, che negli loro studi facciano dei progressi, se l'officina e la camera dei materiali siano abbastanza luminose asciutte e spaziose, se le cantine siano fresche, assicurate dall'acqua, che vi potesse entrare e se il terreno, in cui si conservano l'erbe, sia asciutto ed arioso, se le misure, i pesi, gli utensili siano senza difetto, se la specieria sia provvista dei medicinali prescritti dal nuovo dispensatorio, e preparati a senso del medesimo, se i medicamenti esistano nella dovuta quantità e bontà, se vi siano nella specieria il voluto ordine, nettezza e sicurezza contro pericolosi errori, e se le medicine di gran forza non siano troppo vicine a quelle di uso ordinario, se i vasi, in cui si conservano le medicine, siano di materiale non perni-

[93] Il controllo sui medicamenti era condotto in base alla *Farmacopea austriaca* introdotta ufficialmente nei territori dell'ex Principato vescovile nel 1804 e successivamente riconfermata nell'agosto del 1815 (BCT, *Archivio comunale moderno*, *Sanità*, *XXIII*, *1815*, cart. n.n.).

[94] Medici e chirurghi erano obbligati a tenere presso i propri armadi farmaceutici alcuni medicamenti giudicati essenziali. Fra questi tutti quelli previsti da un «Prospetto dei medicinali, di cui dee essere fornita la speciaria privata di ogni chirurgo del contado» pubblicato nel 1828 (AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano*, *Sanità*, *1828*, cart. n.n.). Un nuovo «Elenco dei medicamenti, di cui deve trovarsi fornito in istato del tutto soddisfacente l'armadio farmaceutico di ogni medico o chirurgo autorizzato a tenerlo nel Tirolo e Vorarlberg» fu diffuso dalla Luogotenenza del Tirolo e Vorarlberg il 3 aprile 1855 (AMCF, *Carte non inventariate*).

cioso e ben chiusi, se nel medesimo tiratoio non vi siano più suddivisioni per più di una medicina, se i velleni siano rinchiusi giusta le prescrizioni, e se siano provveduti di pesi bilancie ed utensili speciali, se lo speciale osservi la prescritta tassa, se l'importo della medicina sia conteggiato esattamente sulle ricette e se venga notato anche sulle indicazioni delle medicine sominstrate, se nelle ricette dei medici e dei chirurghi non vi siano numeri e segni chimici proibiti, e finalmente se lo speciale non abbia lagnanze contro i medici e i chirurghi»[95].

Altrettanta scrupolosità era richiesta nel controllo degli esercizi autorizzati alla vendita di veleni.

Per quanto riguardava il personale sanitario il medico distrettuale doveva sincerarsi innanzitutto del numero dei chirurghi, della loro abilità e della loro correttezza professionale in base all'istruzione del 1808.

«Rispetto ai chirurghi il medico distrettuale veghierà specialmente, che siavi distribuito un numero proporzionato di chirurghi abili nei diversi paesi del suo distretto, che i medesimi osservino a dovere l'istruzione data loro, che si astengano da ogni ciarlataneria, dal pronunciare oracoli in vista dell'urina ... e che specialmente nei casi di complicata malattia non pongano troppo confidenza nel loro sapere in punto di medicina ed invece chiamino a consulto in tali casi giusta la loro istruzione un medico effettivo, o dimandino il di lui parere, che nei luoghi, in cui esistono medici effettivi, non si arroghino di curare malattie interne.

Il medico distrettuale correggerà con tutto rigore le osservate inconvenienze, la poca abilità pratica, la poltroneria, ubbriachezza ed altri diffetti osservati ai chirurghi, onde evitare i pregiudizi, che indi ne risultano al pubblico, e non ottenendo, che si correggano, ne dovrà dar parte al Capitanato del circolo, acciocché senz'abbadare ai titoli di diritto di un tale chirurgo indegno ed incorreggibile ne venga eletto a vantaggio del pubblico un'altro abile»[96].

Il medico distrettuale doveva accertarsi parimenti delle capacità e delle doti morali delle levatrici, non trascurandone,

[95] AST, *Capitanato circolare di Trento, Sanità, 1846*, cart. 202, istruzione per i fisici distrettuali.

[96] *Ibidem*.

così come nel caso dei chirurghi stessi[97], l'esame degli strumenti di lavoro.

Si raccomandava, infine, di procedere con la più minuziosa attenzione all'ispezione degli ospedali e degli istituti di ricovero, verificandone lo stato igienico generale ed in particolare la pulizia dei letti, della biancheria, la qualità dei cibi e le eventuali manchevolezze di cui si fossero resi colpevoli medici ed infermieri nei confronti dei malati.

«Rispetto agli ospedali esistenti nel suo distretto il medico distrettuale ... dovrà usare pei medesimi una speciale attenzione badando, se le sale siano corrispondenti al numero degl'infermi, se vengano tenute nella più rigorosa nettezza colla dovuta rinnovazione della temperatura dell'aria, se siavi la dovuta nettezza dei letti e della biancheria, se i cibi e le bevande degli ammalati siano, come devono essere, se i medici e gl'infermieri prestino il dovuto servizio, se gli ammalati vengano trattati con umanità, e specialmente gl'imbecilli e mentecatti, correggendo, quanto è possibile, i mancamenti, che scoprisse, e proponendo nelle sue relazioni i mezzi di correggerli»[98].

Analoghi accertamenti dovevano poi condursi, oltre che nelle carceri, anche negli stabilimenti termali dove s'insisteva sulla necessità di controllare l'esistenza o meno di tutte quelle condizioni favorevoli all'affluenza degli stranieri e al buon esito delle terapie. Particolare enfasi era data alla promozione dell'analisi chimica delle acque minerali[99].

[97] Un prospetto di tutti gli strumenti di chirurgia ed ostetricia richiesti ai chirurghi è quello pubblicato nel 1831 (AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano*, *Sanità*, *1831*, cart. n.n.).

[98] AST, *Capitanato circolare di Trento*, *Sanità*, *1846*, cart. 202, istruzione per i fisici distrettuali.

[99] Le principali fonti del Trentino (PREISS, 1858) furono ripetutamente analizzate a partire dalla metà del Settecento e soprattutto nel corso del XIX secolo: Rabbi nel 1763 dal prof. Sterringer, direttore della facoltà medica di Innsbruck, nel 1777 dal prof. Cranz di Vienna, nel 1806 dal dr. Mattassoni, fisico circolare di Trento, e dal farmacista Pietro Cristofori di Rovereto, nello stesso anno dal chimico Foggia di Padova, nel 1835 dal prof. Ragazzini dell'Università di Padova, nel 1875 dal farmacista Canella di Riva del Garda e nel 1891/92 dal prof. Zehenter di Innsbruck; Vetriolo nel 1836 dal farmacista Santoni di Trento e nel 1858 dai

«Volgerà pure il medico distrettuale la sua attenzione all'oggetto di perfezionare i bagni del suo distretto, vegliando, che vengano ben conservate le sorgenti dell'acqua pei bagni, nonché i condotti della medesima, e venga impedito ogni mescolamento di altra acqua colla medesima, che gl'individui, i quali fanno uso di tali bagni, vengano provveduti di ogni cosa necessaria, che la cucina e le cantine siano senza eccezione, che si abbia la dovuta premura per la nettezza di tutto ciò, che appartiene al bagno, e sia a dovere separato il sesso mascolino dal femminino, che l'acqua venga riscaldata a tempo, e portata e condotta in sufficiente quantità nel luogo dei bagni»[100].

È bene ricordare a questo punto che un decreto governativo del 19 ottobre 1829 aveva pubblicato il regolamento per il «medico dello spedale» precedentemente elaborato dall'I.R. Commissione aulica degli studi[101]. L'istruzione, affiancata da analoga normativa per il chirurgo dell'ospedale, era articolata in 57 paragrafi e rinnovava all'interno dell'ospedale un ruolo speculare a quello ricoperto all'esterno da qualsiasi altro ufficiale sanitario.

«Tutto ciò – recita l'articolo 2 – che risguarda la salute degl'infermi accolti nello spedale, ed in generale il ben essere dell'Istituto stesso, è l'oggetto della speciale attenzione del medico, il quale dovrà quindi avere a cuore di far riformare i difetti e gli abusi, e di promuovere i miglioramenti del medesimo, levando prontamente le mancanze, che riescano a pregiudicio degl'infermi e dello speda-

proff. Cauda di Torino, Barth e Weidel di Vienna; Carano nel 1834 e nel 1875 dal chimico Demetrio Leonardi di Trento; Cavelonte nel 1830 dal chimico Leonardi e nel 1880 dai proff. Cavazzi e Stroppa dell'Università di Bologna; Comano nel 1843 dal chimico Leonardi e nel 1846 dal dottor Cenedella di Brescia. E l'elenco potrebbe continuare con le altre fonti di Levico, Roncegno, Pejo, Pontara, Bresimo, Celentino, Fondo, Castalto, Sant'Orsola, Sella, Baldo e Pozza di Fassa (TAIANI, 1991). RAVAGLIA, 1928, elenca ben 209 studi relativi ad analisi chimiche condotte sulle sorgenti trentine.

100 AST, *Capitanato circolare di Trento, Sanità, 1846*, cart. 202, istruzione per i fisici distrettuali.

101 «Istruzione pel medico e pel chirurgo dello spedale», in *Raccolta delle leggi provinciali*, dal 1mo luglio all'ultimo dicembre MDCCCXXIX, pp. 335-392.

le, da se giusta il potere del suo Ufficio, o denunziandole alle Autorità cui è soggetto»[102].

Il medico in servizio negli ospedali era tenuto, in altri termini, ad accertarsi costantemente dell'esistenza delle condizioni ritenute indispensabili al buon esito di qualsiasi terapia: adeguata ventilazione dei locali, opportuna distribuzione dei malati divisi secondo il sesso, il genere d'infermità e in numero proporzionato alla superficie delle stanze, corretta pulizia degli ambienti, degli oggetti e delle persone e più in generale il rispetto della disciplina interna.

Il medico ospedaliero veniva inoltre indicato come il principale garante del trattamento delle varie malattie per le quali avrebbe dovuto cercare di «applicare con prudenza i metodi nuovi migliori, e provati da altri, di rettificare sempre più gli effetti dei rimedi noti a seconda che gli si presenta l'occasione, e d'indicare al medico distrettuale o circolare i risultamenti delle sue osservazioni».

Altra sua particolare preoccupazione doveva essere quella di ridurre i tempi di degenza degli infermi, preferendo trasportare gli «ammalati affetti di un male lungo ed incurabile, o di consunzione», nella sezione dei «beneficiati» o nell'«Istituto dei poveri, affinché le infermerie restino a beneficio dei soli infermi». Il medico doveva anche provvedere ad annotare su un apposito registro le medicine prescritte ad ogni malato e a sorvegliare attentamente sulla condotta del personale subalterno in modo da accertare l'esatta esecuzione degli ordini e il rispetto degli infermi. Infine il medico ospedaliero era tenuto ad indicare per ogni infermo la dieta più idonea alla sua condizione e ad annotarla con precisione sulla «tavoletta pendente al capo del letto», così come a «fornire, diligentemente e senza interruzione, descrizioni fedeli ed istruttive di malattie memorabili ed epidemiche», nonché un rapporto trimestrale sull'andamento delle malattie interne all'ospedale. Lo stesso rapporto era richiesto invece a scadenza mensile nel caso degli ospedali maggiori delle città.

[102] *Ibidem*, p. 335.

Così come per gli altri ufficiali sanitari anche per il medico ospedaliero acquistava particolare rilevanza la prassi dell'ispezione condotta all'interno della realtà in cui operava. Nel regolamento si parla di due visite giornaliere, ma si sottolinea anche l'utilità di visite non programmate.

Il regolamento riserva particolare spazio al problema dei mentecatti. Il medico ospedaliero doveva accertarsi che costoro non venissero «maltrattati dai guardiani», né che si creassero le condizioni perché essi potessero recar danno a se stessi o ad altri ricoverati. Agli infermieri era proibito di far uso di strumenti coercitivi, quali lo «spenzer, le manette e simili» o di sottoporli a punizioni di qualsiasi tipo senza espresso ordine del medico cui spettava stabilire «se e quando un mentecatto per la correzione del suo stato mentale sia da punirsi, e con quali modificazioni sia d'applicarsi questa medicina morale»[103]. Anche nel caso dei mentecatti, il medico ospedaliero doveva fornire «le sue osservazioni di casi rari e delle cure felici ... per arricchirne la scienza».

Tornando, comunque, all'istruzione per i fisici distrettuali del 1846, si nota la mancanza di ogni riferimento alle visite medico-legali, assegnate in precedenza a tutto il «personale medico pubblicamente impiegato»[104]. Ciò è facilmente spiegabile con l'istituzione nel 1819 dei medici e dei chirurghi criminali cui competeva tale cura e, fra le altre cose, anche l'assistenza ai carcerati e la costante sorveglianza sulle condizioni di detenzione[105]. Dove esisteva il fondato sospetto che all'origine di episodi luttuosi si trovasse il mancato rispetto

[103] È opportuno ricordare che nel 1839 lo psichiatra inglese John Conolly, abolendo i tradizionali metodi di repressione fisica e psicologica, dava inizio nell'ospedale di Hanwell ad un'esperienza rivoluzionaria, documentata da CONOLLY, 1976, *Trattamento del malato di mente.*

[104] *Raccolta delle leggi provinciali,* dal 1mo gennaio sino all'ultimo aprile MDCCCXVI, pp. 955-958.

[105] In particolare un decreto governativo del 18 novembre 1842 specificava che medici e chirurghi circolari non potevano ricoprire la carica di medici o chirurghi criminali in quanto i primi, per loro attribuzione, erano incaricati di sorvegliare sulla condotta dei secondi (*Raccolta delle leggi provinciali,* 1842, pp. 796-798).

di una norma, un delitto o semplicemente un disordine mai rilevato precedentemente dalla sorveglianza degli altri ufficiali sanitari, l'intervento dei medici e dei chirurghi criminali, estendendo l'indagine sul cadavere e sul momento della morte, poteva rivelarsi risolutore e spiegare le cause dei decessi più misteriosi, smascherare eventuali responsabili di azioni criminose, orientare la sentenza del Giudice e suggerire alle autorità politico-amministrative interventi più mirati.

«L'inspezione giudiziale de' cadaveri – è scritto nell'istruzione del 1816 sul modo in cui eseguire i viso-reperti – è necessaria in tutti quei casi: a) in cui fosse morto qualcheduno in uno spazio di tempo più lungo, o più breve dopo una violenza meccanica da lui precedentemente sofferta per via di spinte, tagli, percosse, con istromenti ottusi, o aguzzi, taglienti e puntuti; per cadute da un altezza considerabile, e simili. b) In casi di effettivo avvelenamento, o pur anche, se qualcheduno dopo aver preso un qualche cibo sospetto, una bevanda, una medicina, e simili, morisse in mezzo ad accidenti tutt'ad un tratto sopravvenuti, violenti, e che facessero sospettare di avvelenamento. c) Così anche se sopravvenisse la morte in mezzo ai soprannominati accidenti in seguito di un uso meramente esterno di unguenti, di bagni, di acque cosmetiche, di polveri pe' capelli, e simili, le quali fossero state usate senza la prescrizione di persona intendente di medicina, all'oggetto sia per guarire da efflorescenze, o per iscacciare pidocchi, ed altri insetti schifosi. d) L'inspezione giudiziale dei cadaveri è inoltre necessaria rispetto agli strangolati, appiccati, annegati, e soffocati o da qualche peso, o da esalazione di vapori. e) Rispetto alle persone repentinamente morte, e che precedentemente erano del tutto sane, e la causa della cui morte non sia cognita. f) Rispetto alle persone note e sconosciute, che venissero trovate morte nelle abitazioni, sulle pubbliche strade, in luoghi di passaggio, o impraticabili. g) Rispetto a tutti li neonati senza distinzione, che venissero trovati morti. h) Rispetto a quei bambini nati morti, ove vi fosse sospetto di procurato aborto, o che in altro modo si avesse procurata la loro morte. i) Finalmente rispetto anche a quegl'individui, che trattati da ciarlatani, e da pseudo-medici, fossero morti, o pure là dove fosse portata avanti il Giudizio una querela, che il trattamento medico precedentemente usato non sia stato conforme alle regole dell'arte. E in generale oltracciò anche in tutti quei casi, nei quali una qualche Autorità giudiziaria trovasse necessario di ordinare l'inspezione giudiziale del cadavere»[106].

[106] *Raccolta delle leggi provinciali,* dal 1mo gennaio sino all'ultimo di aprile MDCCCXVI, pp. 958-960.

L'opportunità di procedere ad un 'viso-reperto' giudiziario poteva essere stabilita anche dai cosiddetti visitatori dei morti senza la cui preventiva ispezione e autorizzazione non era permesso procedere all'inumazione del cadavere. Costoro, infatti, designati in gran parte fra il personale medico operante sul territorio e reintrodotti per effetto di un ordine governativo del 19 luglio 1815 che rinnovava a sua volta il contenuto delle precedenti disposizioni del 1784 e 1788[107], erano incaricati di verificare, oltre all'avvenuto decesso, anche l'eventuale presenza sul corpo del defunto di segni di violenza, di avvelenamento o di male contagioso[108].

«Triplice è lo scopo della visita dei morti – è scritto nell'istruzione pubblicata il 3 aprile 1829 – cioè il convincersi, ch'effettivamente è seguita la morte di una persona, acciocché non avvenga il caso possibile, che disavventuratamente si seppellisca chi giace in un profondo deliquio, o la di cui morte non è che apparente; l'osservare, se il defunto non sia stato forse avvelenato, o morto violentemente; l'esaminare, se contagiosa sia stata la malattia del defunto, od in generale di tal natura, che siano necessarie delle speciali cautele specialmente riguardo al letto, ai vestiti, ecc. ond'evitare l'infezione»[109].

Resta da fare, in conclusione, un ultimo e rapido accenno alle competenze del veterinario provinciale[110]. Costui, subordinato all'autorità del protomedico provinciale, annoverava fra i suoi compiti la vigilanza sull'esercizio dell'arte veterinaria, la sorveglianza sullo stato sanitario del bestiame e la ricerca delle cause e dei possibili rimedi delle eventuali malattie. Soprattutto in quest'ultimo ruolo doveva operare

[107] *Raccolta delle leggi provinciali*, MDCCCXV., pp. 314-338.

[108] Con una circolare governativa del 7 luglio 1835 si rammentava ancora una volta a tutti i medici e chirurghi incaricati di osservare scrupolosamente le prescrizioni del Regolamento per la visita dei morti, vietando in particolare la sepoltura del defunto nel caso fossero stati notati sul cadavere «indizi di avvelenamento o di violenza esterna» (*Raccolta delle leggi provinciali*, MDCCCXXXV, pp. 436-438).

[109] *Raccolta delle leggi provinciali*, dal primo gennaio sino all'ultimo giugno MDCCCXXIX, pp. 124-126.

[110] *Raccolta delle leggi provinciali*, MDCCCXIX, pp. 936-1034.

in modo da «arricchire di nuovi lumi» tanto la parte pratica della veterinaria quanto le sue principali scienze sussidiarie, guardando con curiosità anche ai cosiddetti «rimedi domestici».

«Riguardo ai rimedi domestici in ispecie – è scritto nell'istruzione del 1819 –, ed in generale a tutti quelli, che si encomiano, e si ordinano dai contadini, dai pastori, dai maniscalchi, e simili, il veterinario, venutone in cognizione, non li rigetterà così alla cieca come non fossero di alcun buon effetto, ma gli esaminerà con tutta la cautela e l'attenzione, e non risparmierà fatica per conoscere a fondo la loro natura. Ciò è tanto più necessario, quanto che si sa, che tali rimedi applicati opportunamente sono di certo giovamento, e quanto che la saggia empirica medica non rigetta mai per pregiudizio un medicamento, il quale non sia in aperta contraddizione coll'indicazione generale»[111].

Un invito alla prudenza confermato, d'altronde, dalla stessa istruzione per i medici distrettuali lì dove, pur invitando a denunciare all'autorità politica quei contadini che si dedicavano empiricamente alla cura del bestiame, non si allude ad alcuna misura repressiva nei loro confronti quanto piuttosto alla possibilità d'impiegarli utilmente nell'evenienza di gravi epizoozie[112]. Si vedrà in seguito come queste avvertenze, apparentemente espressione di un interesse isolato o solo teorico, costituissero in realtà il riflesso di una mirata attenzione nei confronti di un patrimonio di conoscenze che, contrariamente ad un'immagine stereotipata d'insanabile contrasto fra ambito dotto ed ambito popolare, esacerbata da certa pubblicistica e forsanche comprovata da taluni episodi[113], finiva talvolta per dar vita ad una sorta di attiva

[111] *Ibidem*, pp. 962-964.

[112] AST, *Capitanato circolare di Trento, Sanità, 1846*, cart. 202, istruzione per i fisici distrettuali.

[113] Basti un solo esempio: nel 1772, nel corso di un'epidemia di «febbri putride e maligne», il medico roveretano Giuseppe Fontana addossò la responsabilità di tante morti all'uso largamente diffuso fra le popolazioni locali d'ingerire o applicare sul petto, con della carta, certe «lacrime abietine», ossia resina di abete bianco, ritenute più efficaci di qualsiasi altro medicamento dispensato dai medici (FONTANA, 1774, p. 7).

collaborazione. Un'ipotesi, se non altro, confermata proprio dalle decisioni prese dalle autorità politiche stesse nei confronti, ad esempio, di taluni dispensatori di rimedi empirici per la cura di gravi malattie umane, nel cui caso, ancora una volta, non si parla di promuovere azioni penali ma bensì di sperimentare, se non addirittura pubblicizzare, le loro soluzioni forse più efficaci di quelle consigliate dalla medicina ufficiale.

4. *Il ruolo dei medici condotti*

L'obiettivo di dar vita ad una struttura di controllo altrettanto vigile quanto estesa puntava oltre che sull'attività di specifici ufficiali anche sulla collaborazione attiva di tutto il personale sanitario sparso sul territorio e dei medici in particolare. A costoro, infatti, competeva non solo di assistere in talune circostanze, come ad esempio nelle visite alle farmacie[114], il protomedico o il medico circolare, ma anche preferibilmente di ricoprire determinati incarichi speciali, da quello di ispettore nell'eventualità di epidemie umane ed animali[115] a quello

[114] «Qualora il Protomedico, o il medico circolare, che si porta a fare qualche rilievo, ne ricercasse il medico del luogo, questo deve prestarvi la sua assistenza e dargli le necessarie informazioni, affinché il Protomedico, o il medico circolare, possano in questo modo ottenere con maggior esattezza, e perfezione lo scopo della loro incombenza» (*Raccolta delle leggi provinciali*, dal 1.mo maggio sino all'ultimo dicembre MDCCCXVI, pp. 708).

[115] Il 4 settembre 1836, ad esempio, il Capitanato circolare di Trento ordinò a tutti i Giudizi distrettuali e al Magistrato politico economico di Trento di nominare un «apposito uffiziale di sanità» per garantire la «tanto necessaria continua sorveglianza» contro il rischio d'infezione colerica. I compiti di questi ufficiali, scelti soprattutto fra i medici, consistevano nel rilevare tutti i casi di malattia, nel sorvegliare le guardie destinate alla custodia delle abitazioni dei contagiati, nel predisporre l'immediato trasporto alla camera mortuaria dei defunti, nel dirigere le «disinfettazioni e gli espurghi» delle abitazioni, nel controllare l'esatta applicazione delle norme per la sepoltura, nel verificare lo stato igienico dei luoghi pubblici e privati, nell'accertare le reali necessità delle famiglie povere e nell'annotare tutti i casi di malattia, di morte e di guarigione (AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano*, *Sanità*, *1836*, cart. n.n.).

di visitatore dei morti[116], da ufficiale arruolatore[117] ad ufficiale vaccinatore.

Oltre a ciò l'istruzione per i medici civili del 1808, nuovamente pubblicata nel 1816[118], assegnava al medico, in quan-

[116] «La mancanza di medici e chirurghi» fu una delle giustificazioni portate dal Capitanato circolare di Trento in una sua circolare del 18 gennaio 1822 per spiegare «i molti ostacoli» che ancora si frapponevano all'esatta esecuzione delle visite mortuarie (AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità, 1822*, cart. n.n.). Per far fronte a questa difficoltà si stabilì, pertanto, nella stessa circolare, che lì dove non fosse stato possibile nominare dei medici o dei chirurghi, bisognava delegare «altri capaci individui, che [sapessero] leggere, e scrivere scielti dietro proposta del Clero tra i sagristani, maestri di scuola o capo comuni» (*ibidem*). L'elenco di visitatori predisposto dal Giudizio distrettuale di Civezzano a seguito di questa disposizione comprendeva così, oltre ai chirurghi Giuseppe Martinolli, Giambattista Melchiori e Pier Antonio Curzel, altri 12 nominativi scelti per l'appunto tra capocomuni, maestri e sacrestani (*ibidem*).

[117] Questo tipo di responsabilità, diretta conseguenza dell'introduzione fin dal 1807 della coscrizione obbligatoria, emerge chiaramente dall'istruzione generale del 30 settembre 1812, emanata per l'esecuzione della legge sul servizio militare. «I dottori civili – è scritto all'articolo 350 del capitolo primo del titolo sesto – che sono nominati membri delle commissioni non possono rifiutarsi dall'intervenirvi: per quelli che non intervenissero, i prefetti ne fanno rapporto al Ministero dell'interno e al Direttore delle rassegne e della coscrizione militare, il quale ne informa il Ministero della guerra. *Il civismo e lo zelo pel pubblico servizio che devono animare ogni cittadino, e di cui devono dar prove più distinte i membri più illuminati della società, assicurano che gl'individui che i prefetti nomineranno membri delle dette commissioni corrisponderanno a questo tratto di speciale confidenza, e non daranno al certo occasione di doglianza*» (ACTi, *Militare, 1700-1820*, cart. 41). Anche in seguito, durante la seconda dominazione asburgica, la visita dei coscritti fu fatta rientrare fra i doveri dei vari medici, o talvolta chirurghi, sparsi sul territorio. Nel 1830, ad esempio, svolsero tale funzione il chirurgo Francesco Scomazzoni per il Giudizio distrettuale di Ala, il medico Felice Benvenuti per il Giudizio distrettuale di Nogaredo e Nomi, il medico Luigi Giovannini per il Giudizio distrettuale di Mori, il medico Giuseppe Degara per il Giudizio distrettuale di Ledro, il medico Giovanni Serafini per il Giudizio distrettuale di Stenico e i medici Giovanni Papetti e Luigi Villi per il Giudizio distrettuale di Folgaria (AST, *Capitanato circolare di Rovereto, Militare, 1832*, cart. 196).

[118] *Raccolta delle leggi provinciali*, dal 1mo maggio sino all'ultimo dicembre MDCCCXVI, pp. 702-712.

to tale, gli stessi doveri precedentemente esposti nel caso dei cosiddetti funzionari pubblici. A qualsiasi individuo in possesso del legittimo titolo di studio e della necessaria autorizzazione ad esercitare, spettava il compito, in forza stessa di una ben precisa deontologia professionale, di adoperarsi con ogni mezzo per la tutela della salute pubblica.

In ogni caso, l'imperativo etico a collaborare concretamente con l'autorità politica in questa direzione si traduceva in obbligo indilazionabile per tutti quei medici impiegati presso i comuni.

Un «Regolamento dei Fisicati comunali», pubblicato il 2 gennaio 1819 dal Capitanato circolare di Rovereto, assegnava, infatti, al medico condotto non solo il compito di assicurare la necessaria assistenza sanitaria agli infermi, ma anche quello di seguire tutti gli oggetti di «polizia medica»[119]. In altri termini ricadeva sul «fisico comunale» la responsabilità di vigilare sul comportamento del personale sanitario subalterno, di segnalare le eventuali infrazioni nell'esercizio delle professioni sanitarie, di controllare l'andamento delle malattie sospette insorte fra gli uomini e gli animali, di verificare periodicamente la salubrità degli alimenti e delle bevande e di accertare l'esistenza di una corretta pulizia all'interno dei luoghi pubblici, quali ad esempio macelli e mercati.

In queste ragioni risiede, dunque, il crescente sforzo prodotto da parte governativa a sostegno del programma volto a promuovere una più uniforme e capillare distribuzione sul territorio dei medici, aspetto non certo secondario di quel più ampio progetto di affermazione e consolidamento del primato medico. In tal senso, l'attivazione di un buon numero di condotte medico-chirurgiche, già perseguita nel periodo di governo francese[120], appariva come lo strumento più

[119] ACR, *Atti riguardanti la sanità*, cart. 45. A questo regolamento si richiamarono successivamente tutte le istruzioni emanate di volta in volta per i singoli fisicati di nuova istituzione. Si veda, a titolo d'esempio, quella per il Fisicato di Calliano e Besenello (cfr. pp. 314-316).

[120] Il 7 agosto 1811, ad esempio, il viceprefetto di Riva del Garda scrisse ai podestà ed ai sindaci del suo Cantone perché fosse informato detta-

consono per cogliere un risultato d'importanza strategica per l'estensione di un qualificato servizio d'assistenza sanitaria[121], per la creazione di una buona rete di informatori[122] e

gliatamente sul numero di condotte e spezierie necessarie ad assicurare una sufficiente assistenza alla popolazione (ACR, *Atti riguardanti la sanità*, cart. 45). Vale anche per il Trentino, dunque, quanto osserva a proposito del Lombardo-Veneto DELLA PERUTA, 1980, p. 741: «Questa secolare istituzione, che sebbene conosciuta in tutto il paese, aveva avuto la sua più larga diffusione nel Granducato di Toscana e soprattutto nel Ducato di Milano nella seconda metà del '700 e che il napoleonico Regno d'Italia aveva cercato di estendere in tutte le sue province, durante la Restaurazione venne posta dall'Austria alla base dell'ordinamento sanitario del Lombardo-Veneto. La materia aveva trovato una prima sistemazione legislativa complessiva nei 'capitoli normali' del 30 aprile 1834, una sorta di testo unico che mirava a dare uniformità all'assistenza medica imponendo ai singoli comuni (o ai consorzi di più piccoli comuni) l'obbligo di stipendiare, con il gettito della sovrimposta fondiaria, uno o più medici-chirurghi. La forma adottata era quella della condotta 'di servizio caritativa' che prevedeva, a differenza di quella 'piena', le cure del medico per i soli poveri iscritti nel 'ruolo' apposito compilato annualmente dalle amministrazioni locali con il concorso dei parroci; la nomina del condotto spettava, sulla base di un concorso, ai consigli o ai convocati comunali, che avviavano con il sanitario un rapporto contrattuale della durata di un triennio, rinnovabile via via per successivi trienni. I capitoli definivano poi in maniera più organica la figura professionale del medico condotto, al quale venivano attribuiti – raccordandoli con quelli dei medici distrettuali e provinciali – anche compiti di sorveglianza e di intervento sulla sanità pubblica».

[121] I criteri-guida sui quali si basava l'istituzione delle nuove condotte mediche o medico-chirurgiche sono bene evidenziati in un'opera di Antonio Lorenzoni relativa al «diritto pubblico interno del Regno lombardo veneto». Più in particolare la materia era regolata da un'istruzione dell'1 agosto 1823 che, per quanto relativa a quella provincia, risulta ugualmente assai utile anche alla comprensione della particolare realtà studiata. Senza addentrarsi, tuttavia, in una descrizione particolareggiata di quanto a sua volta il Lorenzoni sintetizza val qui la pena sottolineare il modo in cui nello scritto era riaffermato lo spirito della normativa che invitava le rappresentanze politico-amministrative a «non cessare di promuovere la istituzione delle Condotte ... colla vista di rendere più facili, più assidue e più estese che sia possibile le assistenze dei Medici e dei Chirurghi» (AST, *Capitanato circolare di Trento, Casa trovatelli, 1843*, cart. n.n., *Estratto dalle instituzioni del diritto pubblico interno pel Regno Lombardo-Veneto, Opera del dottore Antonio Lorenzoni*, vol. II, cap. V, Delle leggi che hanno per oggetto la sanità pubblica, punto 866).

[122] Di questa rete si servì anche Agostino Perini per la raccolta dei dati necessari alla compilazione della sua nota *Statistica del Trentino* (PERINI A., 1850).

per una più agevole penetrazione fra la popolazione dei contenuti della dottrina medica ufficiale. La realizzazione di un simile disegno urtava, tuttavia, contro numerosi ostacoli. L'episodio di Besenello, un paese posto sulla linea dell'Adige a circa metà strada fra Trento e Rovereto, costituisce in tal senso un efficace esempio.

Il primo tentativo di assegnare a questa comunità un medico condotto risale al 1821 quando il dottor Carlo Cavazzani (1757-1831), residente nel vicino paese di Calliano ed attivo in zona da circa quarant'anni[123], dichiarò alla municipalità la propria disponibilità a servire «in qualità di medico condotto» sia il comune di Besenello, sia quello di Calliano[124]. L'anziano medico, molto probabilmente, interpretava in questo modo l'intimazione del Capitanato circolare di Rovereto del 19 novembre 1821 con cui s'invitavano tutte le comunità ancora sprovviste di un medico salariato a provvedervi sollecitamente[125]. L'offerta non ebbe probabilmente alcun effetto immediato. L'avviso di concorso per la condotta medico-chirurgica di Calliano e Besenello comparve, infatti, solo cinque anni dopo, sul «Foglio d'Annunzi del Messaggiere Tirolese» del 10 novembre 1826[126]. Le condizioni di assegnazione, stabilite nell'assemblea comunale del 13 ottobre, prevedevano la laurea dottorale in medicina e chirurgia, la firma di un contratto della durata di tre anni a partire dall'1 gennaio 1827, la corresponsione di uno stipendio annuo pari a 350 fiorini valuta d'Impero e l'obbligo di residenza a Calliano. Ad integrazione del salario, ripartito a

[123] Il medico Cavazzani aveva già svolto le funzioni di medico condotto per un breve periodo a Mattarello nel 1818 (BCT, *Archivio comunale moderno*, *Sanità*, *X*, *1822*, cart. n.n.).

[124] ACB, *Tasse e varie*, *1821-1828*, cart. n.n.

[125] Il contenuto dell'intimazione capitaniale del 19 novembre 1821 si può desumere dalla comunicazione del 16 dicembre con cui la rappresentanza comunale di Besenello informò il Capitanato circolare di Rovereto circa la disponibilità del medico Cavazzani (ACB, *Tasse e varie*, *1821-1828*, cart. n.n.).

[126] «Foglio d'Annunzi del Privilegiato Messaggiere Tirolese», 1826, n. 90, p. 462.

metà fra le due municipalità, era quindi prevista la riscossione di undici carantani per ogni visita e di un fiorino e trenta per ogni operazione di cosiddetta alta chirurgia[127].

La scelta cadde sul medico Luigi Villi, il quale, però, non ebbe vita molto facile a Besenello. Esattamente un anno dopo la sua entrata in servizio, infatti, la rappresentanza comunale, riunita il 31 gennaio 1828, decise la revoca dell'incarico e la ricerca di altro soggetto.

Inutili si rivelarono le contestazioni al provvedimento sollevate dal dottor Villi ed altrettanto inefficaci le dichiarazioni rese dal Giudizio distrettuale di Folgaria e Calliano tese ad appoggiare le rimostranze del medico; le ragioni annesse al provvedimento dalla rappresentanza comunale sottolineavano in modo troppo marcato l'impreparazione e la negligenza del medico. Non solo, infatti, il dottor Villi aveva mancato di recarsi a Besenello per circa due mesi senza alcuna plausibile giustificazione, ma, fatto ben più grave, il suo operato aveva sollevato numerosi reclami fra la popolazione: sulla base delle voci raccolte si denunciava apertamente l'imperizia del Villi e in particolare la sua scarsa abilità chirurgica.

«Le due rappresentanze [ordinaria e straordinaria] – è scritto in un rapporto del 29 febbraio 1828 – ritenendo per valevoli le sue esposte ragioni non volendo passare ad altre odiose osservazioni sulla perizia e contegno del sig. medico Villi, ma avisate del lor dovere dichiararono: primo che il Villi non è perito nell'arte perché nelle pochissime sue cure non diede saggi di scienza contando pochissimi o miga i risanati da lui e solo li amalati guarirono quando lo abandonarono; secondo che non è chierurgo giacché nel dar li salassi dimostra pocca abilità che nessuno per paura di non esser svenatto si vuol sottometter alla tremante ed imperita sua mano».

Di fronte a tanta ostilità, in cui sembrava riemergere una sorta di «pregiudiziale» diffidenza nei confronti dell'intera categoria medica, il dottor Villi si vide pertanto costretto a

[127] *Ibidem*. Salvo diversa indicazione tutte le notizie relative alla vicenda della condotta medica di Besenello sono relative alla documentazione conservata in ACB, *Tasse e varie, 1821-1828*, cart. n.n.

firmare ufficialmente, il 10 marzo 1828, la rinuncia all'incarico.

Circa un mese dopo fu concluso un nuovo contratto con il medico Francesco Patuzzi, nativo di Limone, ma residente a Rovereto. Nel nuovo accordo si fissarono la durata triennale del rapporto, lo stipendio annuale di 175 fiorini d'Impero, l'obbligo di presentarsi a Besenello due volte in settimana (preferibilmente il martedì e il venerdì) e il diritto di percepire, fermo restando la gratuità dell'assistenza prestata a quanti iscritti nel ruolo dei poveri, le somme di dodici carantani per ogni visita e di un fiorino e trenta per ogni operazione di alta chirurgia. Solo in caso di chiamata al di fuori dei giorni di presenza stabiliti sarebbe stata applicata, per le spese di viaggio, la tassa suppletiva di un fiorino.

All'atto della firma il Patuzzi optò, tuttavia, per la riconferma annuale dell'incarico. La sua speranza era evidentemente quella di poter passare ad altro incarico «più favorevole» ed è quanto accadde puntualmente un anno dopo. A questo punto, la rappresentanza comunale di Besenello cercò con ogni probabilità di soprassedere alla nomina di un nuovo medico, ma un'intimazione del Giudizio distrettuale di Calliano e Folgaria del 10 giugno 1829 ordinò al capocomune di convocare quanto prima l'assemblea comunale e di deliberare senza indugio circa l'assegnazione della condotta. In caso contrario il capocomune stesso sarebbe stato condannato al pagamento di una multa di due talleri e di tutte le spese di assistenza sanitaria ai poveri[128]. Alla fine la difficoltà a rinvenire altro soggetto disposto ad accettare la sola e poco remunerativa condotta di Besenello costrinse i rappresentanti comunali a rivolgersi nuovamente al tanto esecrato dottor Villi rimasto, nel frattempo, al servizio del comune di Calliano. Il nuovo contratto triennale, firmato in data 20 luglio 1829, riconfermava i contenuti dei precedenti accordi[129], ma soprattutto, con la sconfitta di ogni iniziale resistenza, consolidava definitivamente la presenza in zona di un medico. Un

[128] ACB, *Tasse e varie, 1829*, cart. n.n.

[129] ACB, *Tasse e varie, 1829*, cart. n.n.

decreto governativo dell'11 maggio 1832, attribuendo specificatamente al medico di Calliano e Besenello le funzioni di fisico comunale già previste dal citato regolamento del 1819, sanciva, infine, in modo inequivocabile, il suo ruolo istituzionale[130]. Non si conoscono ovviamente tutti i retroscena di questa vicenda, ma in base ad essa si possono ugualmente isolare dal contesto due precise componenti facilmente identificabili anche in altre analoghe storie: da una parte la pressione esercitata dalle autorità politico-amminstrative centrali sulle comunità locali per spingerle alla nomina di un medico e dall'altra l'aperta ostilità di queste nei confronti di un provvedimento del quale sfuggono, il più delle volte, reali utilità e finalità. A giustificazione del rifiuto di ottemperare agli ordini ricevuti si richiamano così, di volta in volta, ragioni di ordine economico[131], fra le quali anche la contrarietà della popolazione al fatto di esser tenuta a pagare la visita medica[132], o il criterio utilizzato nell'aggregazione territoriale del-

[130] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1832*, Fasz. 2461, Z. 10619. Per il testo delle istruzioni si veda il capitolo delle conclusioni.

[131] In effetti il pagamento al medico di un equo salario doveva rappresentare per tante comunità un impegno finanziario non indifferente. Basti citare come esempio, ancora una volta, il paese di Besenello. Nella previsione di spesa per il 1828 la quota versata come salario al medico condotto, ossia 175 fiorini, rappresentava ben un quarto di tutte le uscite previste per l'anno successivo (ACB, *Tasse e varie, 1821-1828*, cart. n.n.). Anni prima, d'altronde, la comunità di Meano, di fronte alla dichiarata impossibilità di poter stipendiare regolarmente un medico, aveva risposto ad un ingiunzione del Giudizio distrettuale di Civezzano, che premeva per l'istituzione di una condotta, proponendo di stilare un elenco dei poveri e di pagare di volta in volta le visite eventualmente richieste (AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità, 1818*, cart. n.n.).

[132] Nel 1843, ad esempio, in occasione della firma di un nuovo contratto per la condotta medica di Castel Tesino fu consegnata una petizione con la firma di 363 abitanti per ottenere l'abolizione dell'articolo nel quale era prevista una tassa di visita medica (dai 6 agli 8 carantani) per quanti non iscritti nel ruolo dei poveri (AST, *Capitanato circolare di Trento, Sanità, 1843*, cart. 126): «Il Giudizio [distrettuale di Strigno] – è scritto in un rapporto del 3 luglio 1844 sui gravi disordini scoppiati in seguito – ha cercato di tutto per persuadere la popolazione a [desistere] da sì ostinata pretesa perché già riprovata dall'Eccelso Governo, ma il Consiglio Comunale ha insistito perché siffatta domanda di tutta la popolazione sia di nuovo sottomessa ai Superiori riflessi dell'Eccelso Governo

le varie condotte contrario a preesistenti equilibri e suddivisioni spaziali[133]. Incertezze da parte degli stessi medici, poco attratti dalle prospettive economico-professionali offerte dall'incarico di fisico comunale[134], nonché sospettosità nei loro

coll'umilissima preghiera, che per la pubblica quiete venisse in via di speciale grazia accordata» (AST, *Capitanato circolare di Trento, Sanità*, 1844, cart. 148).

133 L'estensione delle varie condotte era stabilita in gran parte sulla base di criteri amministrativi, quali le distanze fra un centro e l'altro in tempi di percorrenza e il numero di popolazione servita. Evidentemente questo tipo di divisione non teneva conto in alcun modo di preesistenti collegamenti fra una comunità e l'altra, contribuendo in tal modo, lì dove fu attuata, a quel processo di ridefinizione dello spazio accellerato successivamente dallo sviluppo e dal miglioramento dei collegamenti stradali. Alcune delle difficoltà incontrate nella prima metà del secolo XIX nella creazione di nuove condotte s'inseriscono pertanto in questo quadro. Nel 1823, ad esempio, i comuni di Vattaro e Bosentino si rivolsero al Governo provinciale del Tirolo per ottenere la revoca del decreto capitaniale che li riuniva al comune di Vigolo in una condotta di nuova istituzione. I due ricorrenti sostenevano che preferivano appoggiarsi su Caldonazzo, distante un'ora e mezza, anziché su Vigolo distante solo mez-z'ora (AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità, 1825*, cart. n.n.). Altro caso di cosiddetta «incompatibiltà territoriale» è quello relativo alla condotta medica di Coredo. Nel 1819 i comuni di Taio, Torra, Vervò, Dardine, Molaro, Priò, Segno, Tuennetto, Vion, Dermulo, Tres, Smarano, Sfruz, S. Zeno, Casez, Banco e Coredo acconsentirono a formare una condotta con sede centrale in Taio. Circa dieci anni dopo, però, tutti i paesi situati sulla sinistra dei torrenti Noce e Novella decisero di formare una propria condotta spostando il suo centro da Taio a Coredo. Il paese di Torra, rimasto così escluso, si sarebbe opposto al progetto che lo inglobava alla condotta di Vigo di Ton (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1829*, Fasz. 2453, Z. 5842). Per un quadro esauriente della divisione in condotte del territorio provinciale tirolese poco dopo la metà del secolo si veda il *Compartimento territoriale del Tirolo italiano*, 1868.

134 Basti citare, ad esempio, i numerosi casi di concorsi indetti per la copertura di condotte medico-chirurgiche andati completamente deserti: così per Isera nel 1819, per Cembra nel 1822, per Ampezzo nel 1827 e per Banale nel 1827. Solo un consistente aumento del salario inizialmente proposto, consentì di trovare dei candidati («Foglio d'annunzi del Privilegiato Messaggiere Tirolese», 1819, n. 83, pp. 265-266; 1823, n. 50, p. 186; 1827, n. 91, p. 453; 1828, n. 13, p. 60). Altro caso esemplare è quello della condotta medica di Terragnolo, resasi vacante nel 1819 per la morte del dottor Giacomo Sorrapera. Il medico circolare di Rovereto Francesco Galvagni si fece interprete presso il Capitanato circolare di

confronti[135], come si avrà modo di vedere parlando più avanti anche degli altri operatori sanitari, offrono un'ulteriore spiegazione della lentezza con cui sembrava procedere il processo d'insediamento dei medici all'interno delle varie comunità. A metà Ottocento esistevano, infatti, ancora larghe fette di territorio prive di qualsiasi assistenza sanitaria cosiddetta qualificata, poiché inserite in zone di difficile accesso o ai margini di condotte molto estese. Poco o nulla sembrava così cambiato rispetto a quanto denunciato nel 1807 dal medico circolare di Rovereto Francesco Galvagni, il quale,

Rovereto, dell'enorme difficoltà a reperire un sostituto se prima non fossero state sensibilmente migliorate le condizioni economiche previste dall'avviso di concorso (TLAI, *Jüngeres Gubernium*, *Sanität*, *1820*, Z. 468): «L'alpestre comune di Terragnolo (Giudizio distrettuale di Roveredo) popolata da circa 1600 anime per la morte successa l'anno decorso nel mese di ottobre del dr. Giacomo Sorrapera si trova sprovista del proprio medico-chirugo condotto, e la distanza di quelle contrade dalla residenza de' Medici, e Chirurghi impone per ogni buon fine, che si provedi al bisogno. Fu per verità aperta pubblica concorrenza mediante il messagiere tirolese, e venne con quella fissato un annuo onorario di f. 400 d'impero a favore dell'aspirante Individuo. Ma siccome con tale summa si volevano comprese, e corrisposte tutte le altre, e chirurgiche promerenze, siccome tale Fisicato per la montuosa situazione e rapida distanza delle varie frazioni componenti la Comune è assai arduo, e faticoso, così niun' aspirante si fece presente, e difficilmente vi concorrerà anche per l'avenire qualora non si migliorino le condizioni di tale medica condotta».

[135] Il complesso e difficile rapporto del medico con la popolazione, improntato spesso alla reciproca diffidenza, dà origine in alcuni momenti di particolare tensione a vere e proprie terribili accuse. È quanto accadde nel 1855 nella Pretura di Malè in alta Val di Sole quando in periodo di colera si diffuse, secondo un *cliché* assai noto (PRETO, 1988), la «strana idea che i medici possano per ordine segreto sbrigarsi degli ammalati di cholera e all'apprestar loro medicamenti micidiali» (BCT, ms 5409/1, Lettera della Pretura di Malè al curato di Pellizzano del 24 luglio 1855). Proprio contro simili maldicenze era diretto un avviso dell'autorità circolare di Trento del 21 luglio 1855 con cui si ordinava l'immediato arresto di quanti sorpresi a spargere «simili dicerie» (AST, *Pretura politica di Rovereto*, *Sanità*, *1855*, cart. n.n.). Di morte sospetta si era parlato, d'altronde, anche nella vicende toccata nel 1840 ad un certo Giovanni Martinoni. Costui, operato dal medico chirurgo Ferdinando Panizza, perì poco dopo l'intervento. Subito si sparse la «pubblica vociferazione» che al povero defunto «potesse essergli stato propinato del veleno» (AST, *Capitanato circolare di Trento*, *Sanità*, *1841*, cart. 86).

riferendosi in particolare al distretto di Tione, proponeva l'istituzione di alcuni fisicati in modo da superare i gravi inconvenienti causati, a suo dire, dalla diseguale distribuzione del personale sanitario[136]. Il fatto stesso che parte del personale medico laureato preferisse, per quanto possibile, trasferirsi in città o nei grossi centri del fondovalle[137], contribuiva a rendere assai discontinua la loro presenza anche in aree meno penalizzate dalla conformazione orografica o dal cattivo stato delle vie di comunicazione. Si sentì pertanto la necessità, ancora nel 1842, di riconfermare il contenuto dell'articolo 18 dell'istruzione per i chirurghi del 1808 con il quale si autorizzavano costoro ad intervenire anche nella cura interna dei malati qualora in zona non risiedesse alcun medico[138]. Ciò detto va anche riconosciuto, tuttavia, che nei due circoli di Trento e Rovereto, negli anni compresi fra il 1826 e il 1850, raddoppiò il numero delle condotte mediche, passate da 47 a 98[139], mentre il numero dei medici in attività aumentò dai 114 del 1821 ai 188 del 1847[140], con una considerevole crescita dei medici-chirurghi rispetto ai soli medici

[136] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1807*, Z. 11371.

[137] È il caso, ad esempio, del medico Eligio Marchesini, il quale decise nel 1824 di trasferire la propria residenza da Vezzano a Trento. In questo modo, secondo il parere espresso l'anno dopo dal Giudice distrettuale di Vezzano, un'ampia area venne a trovarsi completamente priva di qualsiasi assistenza medica. Fu stabilito, pertanto, di formare una condotta e d'indire regolare concorso per la sua assegnazione. Probabilmente le garanzie economiche previste nel contratto convinsero lo stesso Marchesini a presentare domanda e a rientrare a Vezzano in qualità di nuovo medico condotto (AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano, Sanità, 1830*, cart. n.n.).

[138] Contro questa decisione si espresse assai polemicamente il medico circolare di Trento Luigi Montavon in un rapporto del 1843 (AST, *Capitanato circolare di Trento, Sanità*, 1843, cart. 126).

[139] Per il 1826 si vedano i dati forniti dallo *Schematismus*, 1826, pp. 332-334 e per il 1850 quelli presentati da FAES, 1852, p. 122. Un progetto avanzato nel 1884 dall'Associazione Medica Trentina, proponeva un piano di 124 condotte (*La circoscrizione delle condotte*, 1884).

[140] Secondo i dati ricavati da un elenco del 1821 in AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano, Sanità, 1821*, cart. n.n. e dal *Provinzial-Handbuch*, 1847, pp. 268-272.

(cfr. tav. 5)[141]. Migliorò di conseguenza anche il rapporto numerico fra medici e popolazione che sarebbe passato dai 2456 abitanti per medico del 1826 ai 1849 del 1848[142].

È evidente, d'altronde, come i risultati attesi da una più ampia distribuzione dei medici sul territorio dipendessero in gran parte dal grado di coinvolgimento e di partecipazione di costoro ai valori insiti nella nuova iniziativa statale nel settore della politica sanitaria. Un bilancio complessivo su questo aspetto non dovrebbe tralasciare una più approfondita indagine sugli studi[143], l'attività e lo *status* sociale dei tanti individui medici che operarono sul territorio oggetto di

141 I medici attivi in Tirolo in possesso anche del titolo in chirurgia passò dai 24 su 205 del 1821 ai 110 su 266 del 1839. Nel solo circolo di Trento lo stesso rapporto risultò nel 1844 di 74 su 105 (AST, *Capitanato circolare di Trento, Sanità, 1845*, cart. 168, Relazione annuale del medico circolare Luigi Montavon).

142 GRANDI, 1985, p. 301.

143 Un primo riscontro fra gli elenchi del personale sanitario attivo in Tirolo e i registri dei laureati in chirurgia, medicina e farmacia presso la Facoltà medica di Pavia (ASPV, *Università, Registri dell'Università di medicina*, n.n. 605, 610 e 611) e quella di Padova (ASP, *Tabulato dei medici presso l'archivio antico dell'Università di Padova*, ricerca promossa dalla FIDIA Farmaceutica a cura di Lucia Rossetti, Luciana Rea ed Emilia Veronese con la collaborazione di Maria Giuseppina Barnabò e Giovanna Meneghel) hanno permesso di stabilire che la gran parte dei medici e dei medici-chirurghi che iniziarono ad operare in Trentino fra il 1815 e il 1860 avevano acquisito il proprio titolo presso queste due Università. Si registrano solo rarissimi casi di individui laureatisi ad Innsbruck o a Vienna, mentre simile incidenza aumenta considerevolmente e per ovvie ragioni solo dopo l'annessione al Regno d'Italia della Lombardia prima e del Veneto poi. La crisi che in Trentino sembra investire nella seconda metà dell'Ottocento il discorso medico e più in generale quello scientifico è da imputare molto probabilmente proprio a questa chiusura del canale italiano che creerà le condizioni per la fuoruscita di molti studiosi e la perdita di quel tradizionale e fertile ruolo di collegamento fra area di cultura tedesca ed area di cultura italiana (MAZZOLINI, 1991). Infine, per la definizione del profilo scientifico dei vari medici, potrebbe risultare utile l'esame delle tesi presentate per il conseguimento del titolo dottorale e per le quali la normativa austriaca imponeva la pubblicazione. Relativamente alla facoltà di Padova si veda lo studio bibliografico di FAVARO, 1922, mentre più in generale per le due facoltà di Pavia e Padova è risultato efficace un lavoro di riscontro fra i nominativi dei medici e il *Catalogo dei libri italiani*, 1992.

TAV. 5. *Variazione nel numero di medici e medici-chirurghi registrata negli anni fra il 1820 e il 1839 nei circoli del Tirolo*[144]

Anno	Innsbruck		Brunico		Schwatz		Imst		Bregenz		Bolzano		Rovereto		Trento	
	m	mc	m	mc	m	mc	m	mc	m	mc	m	mc	m	mc	m	mc
1820	18	3	12	–	12	–	10	–	12	–	25	–	51	–	58	–
1821	17	–	12	–	12	–	10	–	12	–	26	–	55	–	61	–
1822	18	–	10	–	12	–	10	–	12	–	26	–	50	–	60	–
1823	17	–	10	–	13	–	10	–	12	–	28	–	51	–	61	–
1824	16	–	12	–	13	–	11	–	12	–	26	–	49	–	60	–
1825	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
1826	15	6	13	2	13	3	10	3	13	–	25	4	55	26	61	7
1827	16	6	11	2	14	3	9	2	13	–	26	6	55	26	56	5
1828	16	6	13	3	12	1	8	2	12	–	26	6	55	26	55	5
1829	16	6	12	3	13	1	10	2	–	–	25	6	53	26	58	5
1830	16	5	12	3	12	1	10	2	14	–	26	6	53	25	58	5
1831	15	5	11	2	16	1	10	3	16	–	25	6	66	24	58	5
1832	15	5	11	2	15	1	11	3	18	–	26	6	54	22	61	14
1833	17	5	13	2	15	1	9	3	18	–	27	6	53	21	65	24
1834	16	5	14	2	15	1	11	3	18	–	28	6	57	28	69	25
1835	17	5	15	3	15	1	12	3	18	2	30	6	54	28	61	25
1836	20	5	14	3	12	1	13	5	19	2	29	8	54	24	73	29
1837	23	5	15	2	16	6	13	5	18	2	32	8	58	30	79	40
1838	23	5	13	3	12	6	11	2	21	2	32	8	66	39	82	44
1839	22	5	15	4	12	6	10	2	24	4	35	6	66	39	82	44

[*Legenda*: m = medici; mc = medici-chirurghi]

quest'indagine nel periodo considerato[145], ma i limiti della ricerca fin qui condotta consentono, al momento, solo di registrare alcune inadempienze che potrebbero anche testimoniare, per i primi decenni dell'Ottocento, un'insufficiente risposta da parte dei medici stessi ai doveri suggeriti dalla nuova disciplina. I frequenti ritardi registrati nella presentazione dei prospetti trimestrali dei malati tenuti in cura e ciò nonostante l'invito a rispettare i termini formulato in più di un'occasione dalle autorità politico-amministrative[146], testimonierebbero come quest'obbligo venisse costantemente aggirato e in tal modo disattesa quell'aspettativa in una piena adesione della classe medica al nuovo ruolo pubblico che le si voleva attribuire.

5. *Il ruolo dei parroci*

Si è visto come il progetto di attivazione su tutto il territorio di un'articolata ed efficace rete di sorveglianza dedicata alla

144 TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, Sanitätsberichte, 1820-1830*, Fasz. 2438 e *Sanitätsberichte, 1831-1840*, Fasz. 2458.

145 Il «Bollettino dell'Associazione medica tridentina» ha pubblicato fra il 1926 e il 1934 diverse schede biografiche dedicate a medici trentini vissuti per lo più nell'Ottocento. Fra queste, in ordine di stampa, si ricordano: ZIEGER, 1926(a), estratto da ZIEGER, 1925; *Biografia romanzesca*, 1926; *Biografia del d.r Giusto De Vigili*, 1926; *Il dottore Pietro cav. de Stoffella*, 1926; *Ancora dei medici Stoffella*, 1927; *Il d.r Emilio Dalla Rosa*, 1927; *Della vita e delle opere*, 1927; *Il d.r Vittore Corazzola*, 1927; *Il d.r Antonio Girardi*, 1927; IORIS, 1928; *Il d.r Giuseppe Rungg*, 1928; BRESCIANI, 1928; BONI, 1928; IORIS, 1929; ZIEGER, 1931; IORIS, 1931. A queste indicazioni si possono aggiungere i contributi di BRUTI, 1964 e BRUTI, 1970.

146 Nel 1822, ad esempio, «non avendo che ben pochi de' medici e chirurghi soddisfatto all'obbligo loro ingiunto» l'anno prima di presentare le tabelle dei malati, il Capitanato circolare di Trento, in obbedienza ad un preciso decreto governativo, minacciava pesanti multe a carico di chi avesse ulteriormente mancato (AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità, 1822*, cart. n.n.). Ciò nonostante, ancora nel 1825, l'Ufficio giudiziale di Civezzano lamentava il grave ritardo con cui il personale sanitario aveva provveduto a consegnare le prescritte tabelle (AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità, 1825*, cart. n.n.) e nuove difficoltà in proposito furono segnalate circa vent'anni dopo nel 1843 (AST, *Capitanato circolare di Trento, Sanità, 1843*, cart. 126).

tutela della salute pubblica confidasse particolarmente sul contributo offerto dai funzionari sanitari di recente istituzione e sulla collaborazione offerta da tutto il personale medico-chirurgico. La responsabilità di controllo ricadeva evidentemente anche sulle autorità di polizia[147] e sugli uffici politico-amministrativi, fra i quali assunse rilevanza strategica quello del capocomune[148]. Ma altrettanto se non addirit-

[147] Fin dal 1804 fu eretta a Trento una Direzione di polizia la quale aveva fra i suoi compiti quello di vigilare su «tutte le infrazioni delle Sovrane leggi sì imperative, che proibitive, tutti i delitti criminali, tutte le gravi trasgressioni in materia di Polizia, e soprattutto la costumatezza, ordine e quiete pubblica, così pure la sicurezza dell'onore, della proprietà, della salute, e vita de' sudditi» (BCT, *Archivio consolare*, ms 3989, *Atti civici*, Ordine presidiale del 30 dicembre 1804).

[148] La figura del capocomune nasceva dalla riorganizzazione dell'ordinamento comunale perseguito dai vari governi succedutisi in Trentino nella prima metà del secolo XIX. «Dopo un primo tentativo del governo bavaro di abolire gli antichi statuti, le cosiddette 'carte di regola', simbolo delle autonomie comunali, anche il governo napoleonico intervenne con spirito accentratore, in obbedienza ai medesimi principi politici di centralismo legislativo e amministrativo e alla medesima visione di uno Stato compatto ed uniforme. Le municipalità furono riorganizzate, sulla base della popolazione residente, in tre classi di cui la prima composta di un podestà e sei savi, la seconda di un podestà e quattro savi e la terza di un sindaco e due anziani. Podestà e sindaco venivano rinnovati rispettivamente con scadenza triennale ed annuale. L'ordinamento comunale napoleonico fu, quindi, sostituito dal nuovo Regolamento asburgico del 1819, con il ritorno ad un 'sistema amministrativo' della più ampia decentrazione delle funzioni e dei poteri, sulla base del principio, non mai infranto per tutto il secolo 1815-1918, secondo il quale i comuni erano considerati come enti autonomi e non autarchici e cioè soggetti di amministrazione diretta, non organi di amministrazione indiretta dello Stato». L'inversione di tendenza non eliminava, tuttavia, la precedente tripartizione. Il Regolamento del 26 ottobre 1819 distingueva ancora fra «comuni di campagna», «città minori considerate come comuni» (nel Trentino Riva, Ala e Arco) e «città maggiori considerate come comuni» (nel Trentino Trento e Rovereto). Inoltre la sorveglianza della gestione comunale restava nelle mani dell'autorità politica (GARBARI, 1981). Fra i molteplici doveri richiamati dal regolamento del 1819 e spettanti ad ogni capocomune vi erano anche quelli d'interesse sanitario ripresi di volta in volta nelle singole istruzioni. Una circolare governativa del 28 dicembre 1815 rammentava, ad esempio, l'obbligo non solo per i medici e i chirurghi, ma anche per i «capi delle Comuni» di denunciare prontamente l'eventuale insorgenza di epidemie, minacciando in caso contrario l'applicazione di pesanti sanzioni pecuniarie (*Raccolta delle leggi provinciali*, MDCC-

tura più importante appariva la possibile collaborazione offerta dagli organismi ecclesiastici e in particolar modo dai parroci il cui ruolo venne attentamente valutato anche da quanti progettavano l'organizzazione sul territorio di un diverso servizio d'assistenza sanitaria[149]. La loro presenza nei luoghi più isolati e di difficile accesso, ma soprattutto la confidenza in essi generalmente riposta dalla popolazione locale[150] li rendeva, infatti, interlocutori privilegiati di quel movimento che mirava ad una maggiore penetrazione fra la popolazione stessa del discorso medico ufficiale. Il ripetuto invito, che come si vedrà più avanti sarà raccolto in più di un'occasione, di prestarsi attivamente in aiuto delle autorità politico-sanitarie o degli operatori medici nel difficile com-

CXV, pp. 647-650). Evidentemente una più approfondita indagine sui modi e i tempi di risposta dei vari capocomuni, specie dei più piccoli e isolati centri di montagna, alle sollecitazioni proposte dalla nuova normativa potrebbe offrire utili elementi di lettura per comprendere più in generale i motivi dell'ostilità mostrata dalla popolazione verso determinate misure. L'estrazione preminentemente popolare di questi capocomuni li porta, infatti, a condividere interessi e valori con i propri amministrati. Si potrebbero così spiegare, ad esempio, le reazioni spesso contrarie mostrate nei confronti delle ispezioni cadaveriche. È noto il caso d'inizio Ottocento del Granducato di Berg dove molti capocomuni preferirono dimettersi anziché procedere alla prescritta visita in mancanza di altri responsabili (SCHMIDT, 1905, pp. 220-224).

149 Le cure dispensate dal parroco alla popolazione non erano solo un fatto del quale prendere atto, ma anche un'opportunità da sfruttare in vista di una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria mirata a sradicare consuetudini terapeutiche giudicate pericolose (BARTOLI, 1985). A ciò s'indirizzavano i vari manuali di primo soccorso ad uso dei parroci che videro la luce nel corso dell'Ottocento, come quello di BARZELLOTTI, 1815-1816, e allo stesso fine guardavano anche quelle proposte che sostenevano la necessità d'inserire la medicina fra le materie di studio dei chierici. «Io voglio – affermava ZAMBELLI, 1848 – che il Prete sia un amico illuminato del medico, vo' che ei sia l'interprete de' suoi consigli al malato ed alla di lui famiglia, voglio che sia sperto degli errori e delle superstizioni del villico onde possa animosamente combatterle, voglio che si conosca dei segni più chiari dei morbi, e dei mali effetti che questi portano col trascurarli».

150 Per un inquadramento storico del problema relativo al ruolo assunto dal parroco all'interno delle comunità in cui prestava la cura d'anime si veda ALLEGRA, 1981.

pito di segnalare le situazioni di minaccia per l'integrità della salute pubblica o di agevolare di volta in volta l'applicazione di nuove norme non è che una testimonianza dell'indubbia autorevolezza loro attribuita. Il parroco, d'altronde, per la sua stessa funzione di guida religiosa, attenta a cogliere e correggere le deviazioni del comportamento rispetto a quanto stabilito dai sacri canoni[151], non era nuovo a incarichi di questo genere.

Nei secoli XVII e XVIII, ad esempio, l'impegno richiestogli nel perseguire ogni consuetudine giudicata «superstiziosa», secondo la volontà emersa dal Concilio di Trento, aveva trovato immediata applicazione, secondo le testimonianze che per il Trentino datano dalla seconda metà del Seicento, sia nella persecuzione di ogni consuetudine terapeutica giudicata «impertinente per l'effetto preteso»[152] sia nella più attenta sorveglianza sul momento del parto e specialmente sulle donne che vi dovevano assistere. Verificate le loro virtù morali i sacerdoti le autorizzavano ad esercitare solo se istruite sul modo corretto d'impartire il battesimo nel caso vi fosse stato pericolo per la vita del neonato[153]. Tuttavia, poiché la buona condotta cui le levatrici dovevano attenersi dipendeva da numerose virtù e poiché numerose potevano essere le occasioni di caduta, pur in soggetti affidabili e già indottrinati, i curati erano tenuti ad accertare periodicamente, come documentato dalle visite pastorali, se il loro operato fosse stato encomiabile[154]. Nel fare ciò essi assume-

[151] Di quest'azione di controllo, nel Trentino del Settecento, si occupa, ad esempio, DONATI, 1988.

[152] ACAT, *Atti visitali*, *Giudicarie*, *1671* (prima parte), f. 68v.

[153] Fra i tanti casi è sufficiente citare quello del 1738, quando, al termine della visita pastorale compiuta in Val di Fiemme, fu prescritto che «le ostetriche et allevatrici» si presentassero al parroco per «ricevere l'opportuna istruzione», pena l'esclusione dall'esercizio di «tale mestiere» (APC, *Atti visite vescovili*, teca 41, 1738). La preparazione delle mammane avveniva sulla base di precise regole. In particolare per la diocesi di Trento esisteva un'*Istruzione per le Mammane*, 1786, edita per la prima volta nel 1645. Alle menzionate regole si affiancava poi una nutrita pubblicistica della quale fa parte l'opera di BARUFFALDI, 1760.

[154] RENZETTI-TAIANI, 1988, p. 14.

vano informazioni sulla stima di cui godevano le levatrici presso i parrocchiani sia per mezzo delle voci giunte spontaneamente al loro orecchio, sia per mezzo di indagini condotte personalmente. Fino a quando le manchevolezze della mammana non corrisponderanno anche all'inadempienza nei confronti di precisi doveri fissati da un contratto – stipulato con la comunità solo a partire dalla prima metà dell'Ottocento – sarà sempre e solo il curato a discriminare oneste da disoneste e corrette da scorrette.

S'innescherà così un vero e proprio rapporto di dipendenza dal clero che nel lungo periodo, oltre che spronarla alla rettitudine, insinuerà nella mentalità della mammana l'elemento nuovo dell'esistenza di una gerarchia. Quest'idea prenderà forma non solo nell'accettazione dell'autorità decisionale di un superiore (prima il parroco e poi il medico), ma anche nell'oggettivo valore riconosciuto all'istruzione, che la eleverà rispetto alle altre semplici empiriche. Fedeli a questa loro funzione, molti curati continueranno così, anche sotto il nuovo governo austriaco, a sostenere la necessità di affidare a donne istruite la delicata funzione di levatrice[155] segnalando di volta in volta alle autorità superiori o le persone ritenute più idonee[156] o, al contrario, quelle che ardiva-

[155] È quanto si premurò di fare, ad esempio e in più occasioni, il parroco di Meano Alfonso Mendini: «Convinto – scriveva il 18 maggio 1824 indirizzandosi al Giudizio distrettuale di Civezzano – del sommo danno che ne derivano alle partorienti ed ai loro bambini dalla mancanza di Mamane istruitte a dovere, e sapendo, che nel Comune di Meano non ve n'è neppur una dotta debitamente in quest'arte, mi sono fatto solecito d'interessare su tal oggetto i sig.ri Sindaci ossiano Capo Comuni colle mie lettere dei 16 Maggio 1816 e dei 14 Gennaio 1820, ed anche codest'Imp. Reg. Giud.o più volte, e segnatamente li 10 Marzo 1821, senzachè mai tuttavia siasi fatto provvedimento veruno» (AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano*, *Sanità*, *1824*, cart. n.n.).

[156] Il parere espresso da un parroco si rivela determinante, ad esempio, in un episodio del 1833, quando la comunità di Patone, dovendo scegliere una candidata da inviare all'istruzione, decise per Domenica Rossatti come indicato dal curato don Carlo Tomazzoli (RENZETTI-TAIANI, 1988, pp. 22-24). In precedenza il Giudizio distrettuale di Cavalese aveva ordinato al capocomune di Varena di procedere entro 14 giorni alla scelta di una candidata da inviare ad Innsbruck, affidandosi al parere del parroco (ACV, *Lettera S*, fasc. VII, n. 1).

no assistere le partorienti senza alcuna preparazione. Ciò avveniva fondamentalmente in due modi: o rilevando direttamente l'identità dell'abusiva[157] o tralasciando di trascrivere nei registri delle nascite le generalità della levatrice presente al parto[158]. In quest'ultimo caso, in base alle precise disposizioni di legge[159], l'omissione dell'informazione corrispondeva di fatto alla constatazione di una situazione d'irregolarità che neppure l'ipotetica complicità del parroco avrebbe potuto coprire. In altri casi ancora era sempre il curato a suggerire addirittura all'autorità politica i provvedimenti più idonei per correggere l'uso della popolazione di servirsi solo

[157] È quanto accadde, ad esempio, nel 1821 quando il curato di Fornace Giacomo Girardi denunciò all'autorità politico-amministrativa una certa Maria moglie di Giorgio Vicentini, rea di esercitare l'ostetricia priva di qualsiasi istruzione anche sul modo d'impartire il battesimo (AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità, 1821*, cart. n.n.). Quattro anni dopo fu invece il parroco di Segonzano, Domenico Ilarione Villotti, a segnalare al Giudizio Distrettuale di Civezzano, con una propria lettera dell'11 novembre 1824, l'attività di «moltissime» donne empiriche (AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità, 1824*, cart. n.n.). Nel 1826 fu la volta del parroco di Santa Maria Maggiore a Trento la cui denuncia provocò la condanna a tre giorni d'arresto di una certa Margherita Graff (BCT, *Archivio comunale moderno, Sanità, X, 1826*, cart. n.n.). Si può poi citare anche il caso del parroco di Pinè, il quale segnalò nel 1837 che fra gli ultimi diciassette nati nella sua curazia, solo tre erano stati seguiti dalla mammana pubblica (AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità [40-77], 1837*, cart. n.n.). Lo stesso anno, infine, il nuovo parroco di Segonzano, Bartolomeo Zambelli, confermava che alcuni parti di recente accaduti erano stati seguiti da donne non approvate (*ibidem*).

[158] Un esempio in tal senso è offerto per le Valli Giudicarie dal parroco di Banale. Costui, nel 1853, scrisse al Capitanato distrettuale di Tione riconoscendo di aver «dimenticato» in più di un'occasione e fin dal 1825 di trascrivere sui registri dei battesimi le generalità delle mammane presenti al parto. Riconosceva di averlo fatto consapevolmente, ma solo per non scrivere «cose incerte» e per non assecondare tutti quei «Genitori o Capi di famiglia» i quali, «per economia», evitavano di chiamare la mammana approvata (AST, *Capitanato distrettuale di Tione, Sanità, 1853-1857*, cart. n.n.).

[159] Si tratta della risoluzione sovrana del 25 giugno 1825 con la quale veniva anche ordinato «al personale di sanità» d'ispezionare i libri battesimali e di denunciare tutti quei casi in cui sarebbe risultato che non si era fatto ricorso per il parto alle mammane approvate (AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità, 1825*, cart. n.n.).

di donne empiriche. Con lettera del 23 aprile 1838, ad esempio, il parroco di Pinè si rivolgeva al giudice distrettuale di Civezzano proponendo di far comunque pagare alle puerpere la tassa dovuta alla levatrice che avrebbe dovuto assistere al parto.

«I pinetani – osservava il parroco con evidente ironia – non sono tanto portati a pagare da due parti, e così chiamerebbero la mammana che pagar debbon per legge perché approvata»[160].

La proposta venne accettata e si può immaginare che ottenne dei risultati.

L'azione di controllo, e non solo in ambito sanitario, delegata ai parroci nel corso dell'Ottocento sfruttava, dunque, una loro secolare attitudine.

La sovrapposizione territoriale delle giurisdizioni ecclesiastiche con quelle politico-amministrative, già perseguita da Giuseppe II e finalmente ottenuta dall'imperatore Francesco I con la bolla papale del 2 maggio 1818[161], non poteva che rafforzare una collaborazione già sancita dal decreto dell'I.R. Commissione Aulica Centrale d'Organizzazione del 21 agosto 1815, col quale si era deciso il ritorno delle com-

160 AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, 1838, 356-609*, cart. n.n.

161 Si veda sull'argomento CORSINI U., 1963, pp. 266-276 e CORSINI U., 1958. Nella prima metà dell'Ottocento la diocesi tridentina si estendeva da Bressanone a Verona e dal Primiero alla Val di Sole, comprendendo il territorio amministrativo dei tre circoli di Trento, Rovereto e Bolzano. Ogni circolo era quindi diviso in decanati: sedici per quello di Trento (Trento, Civezzano, Pergine, Levico, Borgo, Strigno, Primiero, Fassa, Cavalese, Cembra, Mezzolombardo, Tajo, Cles, Fondo, Malè e Calavino), nove per quello di Rovereto (Rovereto, Villa Lagarina, Mori, Ala, Arco, Riva, Lomaso, Tione e Condino) e dieci per quello di Bolzano (Botzen, Salurn, Kaltern, Lana, Meran, Passeyer, Schlanders, Sarnthal, Villanders, Kastelruth). Ogni decanato era poi ripartito in parrocchie con le chiese curate o filiali: 61 per il Circolo di Trento, 32 per quello di Rovereto e 51 per quello di Bolzano (*Descriptio Diocesis*, 1833). Secondo i dati forniti nel 1843 da BERNARDELLI, 1843, p. 18, la diocesi di Trento comprendeva a questa data 35 decanati, 142 parrocchie, 451 curazie e chiese minori, 1482 sacerdoti secolari, 223 regolari e 172 monache.

petenze in materia di stato civile alle autorità ecclesiastiche[162]. Si riconoscevano così al clero parte di quelle sue prerogative che fanno dei parroci, secondo quanto scrive Otto Hintze, il «modello originario e iniziale della gerarchia secolare, statale, dei funzionari»[163].

6. *Dall'osservazione alla descrizione: una rappresentazione «distorta» della realtà?*

L'iniziativa statale a favore di un'incessante e capillare attività di controllo sui principali fattori di rischio per la salute della popolazione non si fermò, tuttavia, all'individuazione dei tanti responsabili, ma propose strumenti e stabilì regole anche per quanto riguarda la selezione e l'organizzazione dei dati osservati. Non era, infatti, sufficiente precisare che cosa sorvegliare, ma altrettanto importante indicare cosa descrivere e come tradurlo in un linguaggio omogeneo capace di raccontare con caratteri uniformi una realtà altrimenti caotica, difficilmente penetrabile, priva di qualsiasi punto di riferimento e soprattutto poco prevedibile nei suoi sviluppi futuri. Inoltre solo grazie a serie affini di informazioni, fra loro facilmente confrontabili, era possibile regolare l'utilità e l'efficacia delle varie misure adottate di volta in volta.

Al di là del ricorso sempre più massiccio agli strumenti matematici, quest'ultima esigenza trovava, dunque, una concreta e immediata risposta nell'adozione, prevista già dalla normativa bavara e francese, di specifici prospetti per l'an-

[162] Si veda sull'argomento lo studio di GRANDI, 1989.

[163] HINTZE, 1980, p. 159. L'imperatore Leopoldo disponeva in un suo decreto del 3 marzo 1792 che «sebbene un prete debba essere un pastore di anime, come dovrebbe sempre essere, tuttavia dev'essere riguardato non solo come un prete, e un cittadino, ma anche come un ufficiale dello stato nella chiesa, poiché l'amministrazione e la cura delle anime ha un'influenza illimitata sui sentimenti del popolo e condiziona direttamente o indirettamente le più importanti questioni politiche» (cit. in MCCARTNEY, 1981).

notazione ordinata di determinate informazioni e nella fissazione di criteri unici per la stesura dei vari rapporti.

Nel 1815 si pubblicarono gli schemi di riferimento per la compilazione dei registri dei morti[164] e dei prospetti delle nascite-morti-matrimoni[165]. Nel 1816 fu la volta dei prospetti di vaccinazione[166], mentre nel 1821 si reintrodusse l'obbligo per medici e chirurghi di compilare periodicamente le tabelle degli infermi trattati, complete dei principali dati anagrafici e sanitari[167]. Una precedente circolare del 15 novembre 1819 aveva precisato come ogni rapporto sulle epidemie sia umane sia animali non dovesse limitarsi ai soli dati relativi al numero degli infermi, dei risanati e dei defunti, ma comprendere anche l'«esatta e dettagliata descrizione» dei sintomi, della «forma», del «carattere» e delle possibili cause della malattia, non tralasciando gli indispensabili riferimenti al metodo di cura adottato, alla proporzione riscontrata fra numero delle guarigioni e totale degli infermi e alla durata della malattia stessa[168]. Pochi anni dopo tutte queste istruzioni trovarono più ampia eco in un'importante decreto governativo del 29 aprile 1823 che fissava lo schema in nove punti sulla cui base si sarebbero dovute articolare in futuro le relazioni trimestrali dei medici distrettuali e dei medici circolari:

[164] *Raccolta delle leggi provinciali*, MDCCCXV, pp. 323-324.

[165] *Ibidem*, pp. 325-326.

[166] *Raccolta delle leggi provinciali*, dal 1mo gennaio sino all'ultimo aprile MDCCCXVI, pp. 811-832.

[167] Di questi prospetti si erano già occupati un decreto bavaro dell'8 maggio 1807 e due decreti napoleonici del 3 gennaio 1811 e 4 febbraio 1813 (ACR, *Atti riguardanti la Sanità*, cart. 45). Successivamente un decreto governativo del 28 settembre 1821 ordinava «ai medici esercenti in ciascun giudiziale Distretto» di presentare trimestralmente ai medici distrettuali «le tabelle degli ammalati da loro trattati indicando la malattia, il numero degli ammalati, dei morti e dei guariti, come pure ... ai chirurghi ... di presentare mensilmente le loro tabelle ...» (AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità-Polizia, 1821*, cart. n.n.).

[168] AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano, Sanità, 1820*, cart. n.n.

«1) la natura dei tempi, e le tavole metereologiche;
2) prospetto dello stato delle malattie, ed esatta indicazione degli ammalati, morti, e restati sotto la cura medica;
3) stato degli ammalati negli spedali;
4) osservazione intorno allo stato delle speciarie pubbliche e private, delle prigioni, delle case di pena, delle scuole, dei cemeteri, ecc.;
5) osservazioni intorno a vari avvenimenti, e la loro influenza sopra la salute delle persone, e del bestiame;
6) indicazione di tutto ciò, che fu fatto nel Circolo per migliorare lo stato generale sanitario, e le cose, che al medesimo appartengono avuto riguardo al corso della vaccinazione;
7) indicazione di quanto resta ancora da farsi sotto il detto aspetto;
8) casi memorabili nella sfera della medicina;
9) indicazione sommaria dei medici, chirurghi, speciali, delle assistenti ai parti approvate, e non approvate, e dei veterinari approvati, e non approvati, ch'esercitano la relativa loro professione nel Circolo, aggiungendovi i cangiamenti avvenuti nelle persone incaricate degli oggetti di sanità»[169].

Fedele alla prospettiva ippocratica, assai familiare ai medici dei Lumi che l'applicarono nella compilazione delle varie topografie mediche diffuse fin dalla metà del secolo XVIII[170], un simile schema suggerisce indirettamente anche l'esistenza di una sorta di filtro sulla cui base veniva condotta la selezione critica dei dati raccolti nel corso dell'osservazione.

[169] *Raccolta delle leggi provinciali*, MDCCCXXIII, pp. 301-306. La forma adottata era del tutto identica a quella introdotta con un decreto della Cancelleria aulica dell'8 agosto 1820 per la compilazione delle relazioni del protomedico (LASCHAN [ed], [1848], pp. 2-6). Tutte le relazioni trimestrali furono quindi abolite a partire dal 1845 e sostituite da un'unica relazione annuale (ACT, *Sanità, XXII, 1845*, cart. 501). È opportuno ricordare che tutte queste relazione facevano riferimento non all'anno solare ma a quello «militare», con decorrenza dall'1 novembre. Di conseguenza anche i trimestri, i cosiddetti «quartali», risultavano così ripartiti:
1. quartale dall'1 novembre al 31 gennaio
2. quartale dall'1 febbraio al 30 aprile
3. quartale dall'1 maggio al 31 luglio
4. quartale dall'1 agosto al 31 ottobre.

[170] Sull'argomento si veda, fra gli altri, LA MOTTE, 1985.

L'attenzione rivolta soprattutto a cogliere e segnalare gli aspetti ritenuti come più negativi per la conservazione della salute umana non manca, infatti, di riflettersi sul contenuto dei documenti ufficiali, che, pur basandosi su elementi oggettivi, ne amplificano e generalizzano la diffusione. Uno di questi, ad esempio, è l'inquinamento dell'aria legato alla scarsa pulizia dei luoghi pubblici, alla presenza di aree paludose o all'attività di officine artigiane; ma altri motivi, tutti in grado, se non opportunamente soppesati, di suggerire una visione forse globalmente «distorta» della realtà stessa, ricorrono puntualmente e con identica formulazione nei rapporti ufficiali o nelle segnalazioni fatte alle autorità politico-amministrative dagli ufficiali sanitari, dai funzionari statali, dai medici o dai parroci.

La relazione annua compilata dal medico circolare di Trento Domenico Mattassoni per il 1816, poneva l'accento, ad esempio – e non a caso, vista l'emergenza sanitaria di quell'anno[171] – sulla poca cura per la pulizia nei paesi del «contado». Caso emblematico l'abitato di Predazzo dove, a suo dire, si sarebbe potuto ovviare facilmente e rapidamente all'insana situazione.

«Ho avuto pure occasione nella mia visita circolare di osservare, che in diversi villaggi, ... i lettami sono collocati avanti le porte o sotto le finestre delle abbitazioni; le lattrine stesse sono in più villaggi situate nel mezzo di cortilli e scoperte: tutto questo ha grande influsso sulla salute pubblica, venendo con ciò ammorbata l'aria atmosferica e nel caso di malattie contaggiose, con tali nocivi effluvi vengono a lungo sostenute e dillatate. La polizia de' Paesi nel Contado è molto negligentata, né sarebbe di grande costo il megliorarla; io ho osservato in Predazzo [Giudizio distrettuale di Cavalese], ... essere le contrade sporche assai rippiene d'ogni immondizia; ove si potrebbe introdurre un ruscello dal vicino torren-

[171] Il triennio 1815-1817 fu un periodo di grossa crisi per molte zone d'Italia e d'Europa. La ricerca più estesa e i risultati più convincenti si debbono a POST, 1977. Più in particolare per quanto riguarda le conseguenze della crisi in Italia si rimanda alle note bibliografiche redatte nel suo lavoro da DONATI, 1988. Per lo stesso periodo si sono occupati del Trentino PANIZZA, 1932 e MONTELEONE, 1961.

te Vigagnolo, che passando per mezzo della villa potrebbe condurre via quelle immondezze, e così rendere il Paese più sano, oltre che sarebbe di grande utilità in caso di qualche incendio, non essendovi in tutto il Paese, che due sole fontane»[172].

Critiche simili a quelle del medico circolare vennero formulate successivamente nella lettera-denuncia inviata nel luglio del 1823 dal parroco di Meano, Alfonso Mendini, al giudizio distrettuale di Civezzano. In essa si rendevano note le pessime condizioni igienico-sanitarie in cui versava il paese dove da tempo prestava la sua cura d'anime il parroco stesso.

«Sebbene col trasporto del cemetero fuori dell'abbitato siano meno perniziose nella villa di Meano le malattie di tiffo, tuttavia queste quasi ogni anno ... si sviluppano in ispecie nei mesi caldi. *Io non dubito*, che di tale inconveniente ne siano causa i molti lettamai, che ogni pochi passi in certi tempi s'incontrano sulle pubbliche strade, i cessi non murati, ed aperti specialmente a levante, le caldaie da setta esistenti nel recinto dell'abbitato, e più di tutto le acque stagnanti puttride e marciose che da molti abbitanti per mal intesa ecconomia a bello studio si custodiscono nelle proprie corti, per ivi così formarsi più abbondante conciume alle loro campagne; cose tutte, che esalano un aria meffitica, e pestilenziale»[173].

Numerose mancanze segnalava anche il rapporto del 3 ottobre 1829 stilato dal medico civico di Trento Luigi Bevilacqua: «in qualche angolo» esistevano dinanzi o in vicinanza della porta di «molte case ... delle fogne, o dei cessi mal chiusi» con la conseguente dispersione di un «acquaccio putrido» e la formazione di un «indicibil fetore»[174]. In vari punti, lungo le mura, ci si poteva imbattere poi, come nei paesi, in grandi cumuli di concime.

In un nuovo rapporto del 4 dicembre 1829 lo stesso medico

172 TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1817*, Z. 1535, «Rapporto del medico Circolare concernente la visita di esso fatta all'intero Circolo. Trento li 25 settembre 1816».

173 AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Polizia, 1823*, cart. n.n.

174 BCT, *Archivio comunale moderno, Sanità, XXIII, 1829*, cart. n.n.

faceva riferimento alla presenza «nei contorni della città», e specialmente sulla parte destra della strada che in direzione nord conduceva da Trento a Gardolo, di larghi «tratti di terreno paludoso da cui [s'innalzavano] delle putride e nuocevoli esalazioni specialmente nelle giornate quiete e calde dell'estate»[175]. Queste, risospinte verso la città dai venti che spiravano preferibilmente da nord a sud, erano, secondo il medico, la «principal cagione delle febbri intermittenti» diffuse in tutta quella zona, ma anche nel rione cittadino di S. Martino[176].

In altra relazione del 1830, infine, era ancora il medico Luigi Bevilacqua a denunciare la mancanza di selciato in alcune strade cittadine e l'incongruenza con qualsiasi legge sanitaria e principio di «ornato pubblico» della proposta di recente avanzata di trasferire il macello nel centro della città[177]. In ogni caso quello esistente necessitava di un intervento urgente per eliminare dal pavimento alcune fessure in cui ristagnavano i prodotti di macellazione dando origine, soprattutto nella stagione più calda, «a putrida e nocente fermentazione animale»[178]. Per le stesse ragioni era anche opportuno, a detta del medico, «confinare in luoghi remoti» dalla città le «officine dei conciapelli»[179].

Anche la relazione annua del 1843 del medico circolare di Rovereto, Aliprando Rossi, prospettava in termini analoghi un quadro complessivo poco confortante della situazione igienico-sanitaria del territorio posto sotto la sua sorveglianza.

[175] BCT, *Archivio comunale moderno*, *Sanità*, *XXIII*, *1829*, cart. n.n.

[176] *Ibidem*.
Secondo il medico Bevilacqua, i frequenti straripamenti dell'Adige minacciavano direttamente anche alcuni quartieri cittadini (BCT, *Archivio comunale moderno*, *Sanità*, *XXIII*, *1830*, cart. n.n.). La situazione sarebbe stata parzialmente sanata solo nella seconda metà del secolo quando fu deciso lo spostamento dell'alveo dell'Adige e il suo definitivo arginamento (BERNARDI-BOLLER [edd], 1987).

[177] BCT, *Archivio comunale moderno*, *Sanità*, *XXIII*, *1831*, cart. n.n.

[178] *Ibidem*.

[179] *Ibidem*.

«La polizia dei luoghi pubblici – scriveva il medico nella sua relazione annua – viene in generale poco curata. Le piazze e le contrade inispecie dei villaggi sono abbandonate a se stesse. Lungo le medesime non di rado si abbattono i lettamai, i ripostili delle immondizie, ed in molti luoghi ricevono gli scoli delle stalle, delle cloache, e perfino gli scoli delle latrine, a segno tale, che nella stagione calda tramandano un'esalazione pregiudicevole alla salute del Vicinato»[180].

Scoli fognari, pozzi neri e cumuli di rifiuti organici erano inoltre oggetto delle tante denunce di privati cittadini conservate negli incartamenti ufficiali. Costoro in più di un'occasione si rivolsero all'autorità politico-amministrativa sollecitandone l'azione. È quanto accade, ad esempio, a Trento nel 1824 quando un gruppo di persone abitanti nella «contrada di rimpetto alla Ruota» decise di indirizzare al Magistrato politico-economico della città una propria supplica per ottenere l'ordine d'immediata evacuazione di un pozzo nero fonte di un «fetore intollerabile»[181]. Ed è quanto accade anche nei paesi apparentemente più isolati e decentrati, dove la «vigilanza olfattiva»[182] operò altrettanto attivamente. Lo stesso anno a Fornace, posta nel giudizio distrettuale di Civezzano, un certo Domenico Valeri denunciò il proprio vicino Antonio Sualdi a causa del letame accumulato nel cortile comune: il «puzzore» era tale da costringerlo a vivere segregato con tutti gli usci e le finestre di casa chiusi[183]. Ma è soprattutto in particolari evenienze, a fronte dell'improvvisa insorgenza fra la popolazione di gravi malattie epidemiche e dell'intensificazione dell'azione ispettiva, che si moltiplicavano i documenti ufficiali e si accentuavano i toni allarmati.

Le relazioni predisposte dalle Deputazioni comunali di sanità, reinsediate fin dal 1831 in risposta, come già detto, ad un

[180] AST, *Capitanato circolare di Rovereto, Sanità, 1843*, cart. 339.

[181] BCT, *Archivio comunale moderno, Polizia*, X, *1824*, cart. n.n. È uno dei tanti casi di cui si è trovata traccia fra le carte d'archivio.

[182] Secondo l'espressione usata da CORBIN, 1982.

[183] AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Polizia, 1824*, cart. n.n.

primo allarme lanciato contro la diffusione del colera[184], segnalarono a più riprese e in più parti del territorio l'esistenza di tutti i più abituali e temuti «disordini igienici». Così, tanto a Romagnano o a Ravina[185], poste nelle adiacenze di Trento, quanto a Storo o a Brione[186], nelle più lontane Giudicarie, si rilevarono identiche e serie mancanze nella cura della nettezza delle strade e delle contrade: cessi inesistenti, scoli fognari inadeguati e cumuli di sostanze di ogni genere abbandonati nelle vie.

Altre e più numerose denunce, di tono pressoché identico, sarebbero seguite quindi per tutta la prima metà del secolo XIX e ben oltre ancora[187], quasi a sottolineare l'inadeguatezza delle risposte approntate dalle autorità politico-amministrative da una parte e l'indifferenza della popolazione, sorda ai ripetuti inviti di collaborare attivamente al mantenimento della «nettezza» e dell'«igiene», dall'altra. Secondo quanto emerge dai documenti ufficiali, dunque, la minaccia del miasma non cessò un solo istante d'incombere su paesi e città e venne strettamente associata anche alla struttura complessiva degli abitati stessi: era convinzione diffusa, infatti, che le case addossate l'una all'altra e i singoli blocchi divisi solo da angusti vicoli impedissero ad aria e luce di circolare

[184] Una prima *Istruzione ad uso delle autorità sanitarie*, 1831 fu diffusa fin dal 1830.

[185] BCT, *Archivio comunale moderno*, *Sanità*, *XXIII*, *1831*, cart. n.n.

[186] AST, *Giudizio distrettuale di Condino*, *Sanità*, *1818-1848*, cart. n.n.

[187] Ancora nell'ultimo quarto del secolo XIX il canonico Giorgio Delvaj descriveva in modo sintetico, ma efficace l'infelice condizione di Sopramonte, un paese posto a circa dieci chilometri da Trento: «Il villaggio è mal tenuto: le vie e le piazze a prominenze e fosse, ingombre di sassi, ghiaie, legnami e dai spurghi delle case. Queste rustiche, disposte senza simetria, poche colle muraglie esternamente smaltate, imbiancata quasi nessuna. Il davanti e le entrate di esse malcomode, irregolari, con ascese e discese che intersecano la via; e fogne: pochissime di aspetto civile» (AMCF, *Notizie di Sopramonte [del canonico Giorgio Delvaj]*, ms non inventariato, f. 2v-3r). La situazione non appariva migliore neppure a Besenello dove una relazione del 1913 individuava gli stessi inconvenienti già denunciati settant'anni prima dal medico circolare di Rovereto (TAIANI, 1990). Delle condizioni economiche e sanitarie in Trentino al termine della prima guerra mondiale si occupa OLMI, 1992.

liberamente e di svolgere efficacemente la loro azione purificatrice.

Non per questo, tuttavia, mancarono valutazioni di tono positivo: il medico Domenico Mattassoni, ad esempio, in un rapporto del 1820 registrò dei miglioramenti rispetto alla situazione precedentemente riscontrata:

«I regolamenti sanitari ora vengono in generale ovunque eseguiti con buon successo, sebbene da principio nel nostro Circolo, ove poco o nulla in passato si pensava alle viste di polizia medica e di pubblica sanità, si abbiano incontrate nell'esecuzione de' medesimi non poche difficoltà. Nel decorso anno sono stati traslocati sei cimiteri, perché erano in mezzo all'abitato de' grossi villaggi e perché troppo angusti. Sono state asciugate e distrutte diverse cloache situate in mezzo e nelle contrade più popolate di diversi paesi, sono stati allontanati dall'abitato un gran numero di letamai ed insistendo sui provvedimenti ordinati non andrà guari che la polizia medica nel nostro Circolo sarà di molto migliorata»[188].

Anche don Giuseppe Pinamonti nella sua descrizione di Trento e dintorni, pur con evidente spirito di parte, sembra trarre dal confronto col precedente governo del principe vescovo motivo di conforto sui buoni cambiamenti indotti dalla nuova amministrazione[189].

Sulla base di questi pochi indizi appare, pertanto, molto più verosimile interpretare la sostanziale concordanza di contenuti fra le varie descrizioni analizzate e il crescente numero di denunce più come segnali della progressiva diffusione e della più ampia condivisione dei nuovi temi igienico-sanitari e dei valori ad essi sottesi, che non come conferma inequivocabile di una situazione di 'arretratezza' o della sola impossibilità od incapacità da parte di taluni organismi politico-amministrativi d'intervenire efficacemente per la rimozione delle tante cause «occasionali» di formazione del miasma.

L'analisi della realtà nei termini suggeriti dalla nuova pro-

[188] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1820*, Z. 468.

[189] PINAMONTI, 1836, p. 89.

spettiva igienico-sanitaria non si fermava, peraltro, all'esterno delle case; proseguiva penetrandovi, per scrutare più da vicino le condizioni e i modi di vita degli abitanti e individuare in questo modo gli elementi contrari ad una concezione medico-scientifica del viver sano: dalle condizioni abitative all'alimentazione, dal vestiario alle diverse consuetudini, ogni aspetto della quotidianità venne sottoposto ad un attento controllo cui non corrispose, tuttavia, nella pratica descrittiva, una pari dovizia di particolari.

Sottoposte al medesimo filtraggio, anche le poche descrizioni relative alle abitazioni, al tipo di alimentazione o alla forma di vestiario ripropongono, infatti, generalizzandolo, un quadro di grandi paure dietro al quale aleggia lo spettro della malattia e della mortalità diffusa accompagnate al degrado sociale e morale della popolazione. Nel 1816, il medico circolare di Trento, Domenico Mattassoni, riconosceva fra le cause d'insorgenza di un morbo epidemico in Val di Fiemme, oltre alla cattiva alimentazione, la pessima aerazione delle «abitazioni», le quali a suo parere avevano «stuffe assai ristrette e molto basse» ed eccessivamente riscaldate[190].

In particolare le testimonianze relative alle abitazioni, sorta di modello in scala ridotta dell'esterno, ribadivano il timore degli spazi ristretti, della sporcizia, dell'aria viziata, della scarsa illuminazione e dell'umidità. Gli incartamenti ufficiali lasciano intravvedere unicamente dei tuguri, composti di pochissime stanze miseramente arredate, con piccoli pertugi in luogo delle finestre, pavimento in cotto o il più delle volte di semplice terra battuta, il tetto coperto di paglia o nelle migliori delle ipotesi di «scandole» (assetti in legno di larice)[191] e strutture in muratura limitate ai soli elementi portanti.

[190] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1816*, Fasz. 2427a, Z. 184.

[191] Il tetto ricoperto da tante tavolette di legno era caratteristico della maggior parte delle case di Pergine ancora nel 1811, mentre nei villaggi circonvicini era usata la semplice paglia (DEI BARTOLOMEI, 1860, p. 24). Nel 1825, d'altronde, l'ingegnere civico di Trento censì nel capoluogo stesso ancora 35 tetti «coperti di scandolle» (BCT, *Archivio comunale*

«Invitano alla mestizia – scrive nel 1843 il medico Carlo Perini – alcune squallide casupole delle Giudicarie, dove vediamo i tetti tessuti di paglia infradicita per la vicenda di molte stagioni, i quali oltre favorire e alimentare le diffusioni degli incendi, s'imbevono delle piogge autunnali e mantengono umida per tutta l'invernata l'abitazione. Peccano nella mondezza alcune casupole solitarie, in cui, per essere anguste e popolose, convivono gli uomini cogli animali»[192].

Anche il medico circolare di Rovereto Aliprando Rossi, nella sua relazione annuale del 1843, trovava che le abitazioni della «classe dei villici» fossero in gran parte «costruite con irregolarità, male ripartite, ristrette, tenute succidamente, e poco riparate dall'impressione dell'aria esterna, e dalle vicissitudini atmosferiche»[193].

moderno, *Sanità*, *X*, *1825*, cart. n.n.). Solo in alcune zone particolarmente ricche di cave di ardesia, come ad esempio nel territorio del comune di Pinè, giudizio distrettuale di Civezzano, i tetti delle case erano coperti per lo più con lastre di questo materiale che aveva gl'indiscutibili pregi di durare più a lungo e di offrire una migliore protezione contro i pericoli d'incendio (BMFI, ms 4322, Descrizione topografico-statistica del giudizio distrettuale di Civezzano del 1835). Altrove, come in Val di Fiemme, sono addirittura le autorità politico-amministrative a premere sulla popolazione con l'offerta di sovvenzioni per la sostituzione dei tetti in legno con quelli in ardesia (AMCF, *Esibiti 1838-1839*, cart. 22, n. 329, Lettera del giudizio distrettuale di Cavalese al presidente della Comunità di Fiemme del 7 novembre 1839): «Da qualche anno venne sul monte di Friul discoperto un deposito di lastre di porfido, qualificate per la copertura dei casamenti, come lo dimostra già la prova fatta in diversi fabbricati nuovi. Stante il sommo vantaggio per l'assicurazione dai pericoli degli incendi, stante il sommo vantaggio per l'economia forestale col risparmio di tanto legname in pochi anni consumato con delle scandole, questo Giudizio ritiene, che un singolo surrogato meriti ogni riflesso dalle rappresentanze comunali e meriti ogni interessamento comunale onde influire anche con de' premi sopra la popolazione per la sostituzione generale di un simile surrogato alla copertura a scandole».

192 PERINI C., 1843, p. 9. Analoga anche la successiva testimonianza del medico Comingio Bezzi il quale così scriveva nel 1867: «Famiglie intiere accatastate in casupole rovinose dormono spesso assieme agli animali domestici, in locali cui è pavimento la terra. In questi tuguri da ogni sorta di apertura hanno libero accesso il caldo, il freddo, la pioggia, il vento e la grandine» (BEZZI, 1867, p. 45).

193 AST, *Capitanato circolare di Rovereto*, *Sanità*, *1843*, cart. 339. A fine secolo la condizione abitativa della popolazione residente nelle vallate

Queste abitazioni, facile preda degli incendi[194], apparivano soprattutto inadeguate ad ospitare dignitosamente le famiglie numerose che vi dovevano risiedere. L'anonimo estensore dei «Cenni topografico-medici del distretto di Tione» narrava, ad esempio, di come «i nubili e la gioventù», di ritorno dalle loro peregrinazioni stagionali in Italia, fossero

sud-occidentali del Trentino non era certo migliorata se si dà ascolto alla testimonianza di BATTISTI, 1923, p. 203, citato in ZANINELLI, 1978, p. 62: «In esse le case, se ancora non furono preda delle fiamme, serbano, come nelle Giudicarie, i tetti coperti di paglia, o a tegole di legno, hanno per finestre piccoli pertugi, pei quali penetra a stento uno scarso raggio di luce, sono addossate le une alle altre e spesso sono di costruzione pericolosa. All'altezza di un piano, talvolta assai basso, hanno termine le muraglie e al di sopra di queste, fino al tetto sostenuto da pochi pilastri e da puntelli di legno, v'ha uno spazio non rinchiuso o tavolato, esposto al turbine dei venti, alle piogge, alla folgore, alle scintille, che vi posson penetrar dalle cucine. All'interno la cucina è tapezzata da un grosso intonaco di fuliggine di un nero lucente, è priva di camino e quasi sempre ottenebrata dal fumo; le scale sono ripide, il portico ed il cortile sono spesso inondati dai fossatelli, che nella stagione delle piogge scolano dalle stradicciuole». D'identico tenore anche la descrizione del canonico Delvaj che parlava in particolare della zona del Banale: «Le case sono a volti reali; e fino ai nostri giorni si può dire che non avevano un locale ad uso stanza comune, abitando per lo più nelle cucine d'estate e d'inverno nelle stalle; in quanto a pulizia si desidera di più; le cucine sono senza camino pel fumo; i coperti fino a questi ultimi tempi aguzzi a paglia» (AMCF, *Notizie di Banale [del canonico Giorgio Delvaj]*, f. 17r).

[194] La volontà di prevenire la costante minaccia degli incendi aveva suggerito fin dal 1819 un'indagine per stabilire i principali disordini alla fonte di simili episodi (AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Polizia, 1820*, cart. n.n.). La relazione inviata in risposta dal giudizio distrettuale di Civezzano il 10 marzo 1820 getta così nuova luce sulle condizioni abitative: «Dalle visite che questo Giudizio ebbe ... a far praticare per appositi delegati ... si è rilevato: che non poche delle cucine de' villici ed in ispezialità quelle de' montanari, o sono prive di camini, con soffitti a nude travi, o che hanno camini costrutti in gran parte di legno, e non pochi di questi con bucchi, e guasti; che tali camini communicano immediatamente coi tetti, senz'essere punto relevati al di sopra dei medesimi, ne larghi a dovere; che da vicino ai camini giaciono le legne, i fieni, le paglie, ed il così detto far letto; che del pari vicino ai forni ed alle caldaje vengono colocate le materie combustibili; che nel centro delle case giaciono le officine de' fabri ferraj; che punto non si pratica di far pulire i camini a seconda de' bisogni, e molto meno in epoche fisse, e finalmente che in ogni luogo havvi il pericolosissimo uso di portarsi nelle stalle e nei fenili con lumi scoperti».

costretti per la mancanza di stanze da letto a dormire in «un angolo della casa, in cucina e per lo più sotto il tetto su d'un poco di paglia o di fieno»[195].

La chiara preoccupazione espressa in tutte queste descrizioni per i possibili danni fisici alla persona arrecati da un'ampia diffusione di situazioni a rischio, riaffiora ancora una volta fra le righe di un articolo comparso sul giornale l'«Agricoltore» dell'1 novembre 1872. Il suo autore, denunciando l'intollerabile sporcizia delle abitazioni, l'insana e sconveniente coabitazione con gli animali e la corruzione di aria ed acque circostanti, sembrava voler associare questi disordini alle storture di tutto un sistema di regole di vita.

«Mal costrutte e malsane generalmente parlando sono le case coloniche, le stalle, i porcili, i pollai sono contigui affatto alla casa, e spesse volte (enorme sozzura!) vi sono entroposti. Così il contadino allorquando netta la sua stalla e la depura dal letame, lo butta appena un passo fuori della porta e quivi l'aduna, l'ammonticchia, e lo sparpaglia in guisa, che il cortile offre allo sguardo un solo letamaio. Molte e molte carra di letame vi si vanno ammassando di tal maniera sino alla stagione della semina, ed allora lo si trasporta tutto nei campi; né ciò basta, che vi trasportano eziandio la terra su cui poggiava il lettamaio, e che, pregna d'umori animali, è ella stessa un ottimo ingrasso. In quella vece mai si curano sostituire come dovrebbero, dell'altra terra, sicché in capo a qualche anno ivi hanno formato una larga e profonda fossa, a loro grande contento, perchè le parti liquide del concime non vanno così perdute, riuscendo invece a detrimento della sanità, poiché depositandosi colà l'acqua piovana e gli scoli del letamaio, ne viene una continua decomposizione e fermentazione di sostanze da cui tramandansi mefitiche esalazioni. Né questo è tutto. Le abitazioni sono per ogni verso circondate da fogne, ove putridisce una schifosa acqua verdognola, puzzolente, necessario deposito degli scoli immondi della casa, del cortile, della stalla; senza contare che quelle acque corrotte filtrando rendono infette le vicine acque potabili»[196].

L'autore, nel riscontrare quell'indolenza di fondo che già

[195] BCT, ms 2161, *Cenni topografico-medici del Distretto di Tione*, f. 25.

[196] *L'immondizia de' cortili*, 1872.

era stata additata dagli amministratori francesi e da don Giuseppe Pinamonti come principale causa dell'arretratezza economica della regione[197], concludeva, dunque, esortando i coloni ad adoprarsi sollecitamente per la rimozione di così gravi e numerose minacce per l'esistenza umana.

«Tolgasi dunque una volta il colono dalla sonnacchiosa indolenza, apposti il letamaio nella parte più lontana e conveniente del cortile, non l'aduni troppo, lo carreggi pel campo; otturi le fosse, livelli il terreno affinché l'acque piovane abbiano libero il corso: pianti qualche albero ad una certa distanza della casa; mantenga nette le stalle, i pollai ...»[198].

Il metro di valutazione non si modifica certo in rapporto al contesto urbano. Le descrizioni ripropongono scenari e preoccupazioni del tutto simili. Nel 1836 era la stalla di proprietà del Magistrato politico-economico stesso di Trento ad essere oggetto di un dettagliato rapporto, poiché utilizzata come abitazione da una famiglia composta da genitori, due figli e ... un numero imprecisato di conigli. La descrizione dell'interno, fatta dal commesso comunale al termine del sopralluogo ordinato per accertare l'abitabilità dello spazio, sintetizzava assai bene tutte quelle circostanze che si riteneva concorressero a rendere insalubre e pericolose, specie in periodo di colera, un'abitazione.

«Giù in fondo alla stalla – è scritto nel rapporto del 12 ottobre 1836 – dritto in mezzo appresso al muro fa fuoco, e la cattena dello stesso la ha appicata su d'una scaletta da mano, e così si cucina. La stalla è sprovista del necessario camin perciò il fumo deve sortire dalle finestre; la stessa è munita di avvolto piano, ma tutto speso perciò il fumo assende da quelle spese nell'appartamento di sopra in tutte le stanze e forma una nuvola in modo che deggiono sloggiare fino che lo stesso, e sortito dalle finestre con gran danno di quegli abitanti, e sortito lascia un puzzo assai dispiacevole. In quella stalla si tiene legna, foglie di grano turco, erbe secche ed altri utensigli di famiglia di legno, nonché molti cuneli i quali puzzano

[197] GRANDI, 1978, p. 19.

[198] *L'immondizia de' cortili*, 1872, p. 68.

assai, e quel odore nel farvi entro fuoco lo gustano quelli di sopra»[199].

Alcuni anni prima, nel 1832, un rapporto della Commissione civica incaricata di ispezionare le abitazioni della città per ragioni ancora una volta collegate alla paura del colera, si soffermava al terzo piano di una casa posta in contrada San Giovanni, dove vivevano in un unico locale «ristretto», «poco ventilato» e «mancante di cesso e di secchiaio», una vedova con i suoi tre figli.

«Portatasi la Commissione ... nella cucina ... abitata da certa ved.a Gottardini con tre figli, ebbesi a convincere non esser quella abitabile parché troppo ristretta, e poco ventilata specialmente in questa stagione e perché mancante di cesso e di secchiaio essendo perciò costretta quella famiglia di soddisfare ai bisogni naturali ove mangia, e dorme, ed oltre di ciò osservò esser essa cucina mancante di volto piano, e quindi pericolosa pel fuoco. Innoltre rimarcò, che la detta famiglia trovasi nell'estremo grado di povertà e priva non solo di mezzi di sussistenza, ma ben anche di letto, lenzuola, e coperte, mentre la ved.a coi tre figli è costretta di dormire sopra un semplice paglione»[200].

Sempre a Trento, ma siamo già nel 1869, una relazione presentata al Consiglio comunale dal medico Emiliano Rossi recuperava i medesimi motivi per deplorare l'aspetto fatiscente di molte abitazioni cittadine e l'intollerabile condizione degli abitanti costretti a vivere in locali bui, ristretti, umidi per le continue infiltrazioni d'acqua e costantemente impregnati da cattivi odori[201].

199 ACT, *Polizia, 1836*, cart. 376.

200 BCT, *Archivio comunale moderno, Sanità, XXIII, 1835*, cart. n.n.

201 ROSSI, 1869 citato in OLMI, 1981. Seguiranno lo stesso anno uguali considerazioni anche sulla situazione abitativa nella città di Rovereto: «Tutti sanno, o dovrebbero sapere, che la classe operaia trovasi in gran parte amalgamata in modo compassionevole e ributtante negli avvolti, nei luoghi terreni delle abitazioni le più ristrette, ed immonde, in veri covili, ove deve pagare a prezzo d'oro la salute che vi perde, e l'immoralità che spesse fiate e in larga copia vi attinge; essendo noi qui ormai arrivati ad un punto, in cui il nostro artigiano deve tenersi pago di qualunque più lurida ed insufficiente abitazione, felice d'averne trovata

I toni allarmati usati dagli osservatori nelle varie descrizioni non si attenuavano neppure sul fronte dell'alimentazione. La pericolosità di episodi sul tipo di quello narrato dal notaio rendenese Giuseppe Antonio Ongari, diretto testimone del periodo di gravi stenti vissuto tanto dalla sua famiglia quanto dall'intera popolazione delle Giudicarie nel 1801, offrivano, infatti, motivo di seria preoccupazione.

«Le miserie – scrive nel suo diario al mese di aprile – crescono di giorno in giorno, perché polenta non se ne può avere in alcun modo e da mangiare non c'è altro. In Casa nostra per Grazia del Cielo ci è sempre stato pane per tutto l'anno, ma questa volta l'abbiam finito fino al prossimo Agosto, cioè pel tratto di cinque mesi, e più, perché non se ne può avere. Non vi è in casa un pugno di grano da far menestra, né fagiuoli, né ceci, né panizzo, né riso, né orzo, epperò sera, e mattina, sempre bisogna mangiar farina. Siamo in quattro soli: io, la moglie, e i due figli, cioè il Ferdinando che avrà 16 anni, ed il Davide che ne ha 4. Ogni giorno consumiamo farina libbre 8 [g 330,3 × 8 = kg 2,642]; e così dai 4 Aprile; sino ai 20 parte ad imprestito, e parte in credenza, ne abbiamo avuto qua, e là libbre 99 e più [kg 33 ca.]. Ho pregato molte volte M.r Cristoforo Albertini a condurmene una soma per farne la restituzione, ma finora non ha voluto darmi parola. Onde – conclude mestamente il notaio – le cose vanno male»[202].

Dimenticate momentaneamente le ristrettezze familiari il notaio fotografava, quindi, in un'unica frase, le dimensioni della tragedia che stava consumandosi intorno a lui.

«Siamo ai 9 di maggio, ma non tutti, perché quasi ogni giorno vi è qualche obito. Sia perché mangiano troppa erba, o qualche erba nociva, o perché mangiano la polenta con tutta la crusca, i contadini in genere sono tutti tristi, e molti si ammalano, e in pochi giorni vanno alla sepoltura»[203].

una qualsiasi a prezzi i più elevati, che vanno continuamente aumentando» (STEDILE, 1990, p. 225). Va osservato, peraltro, come il problema degli alloggi insalubri avesse assunto una particolare rilevanza soprattutto nella seconda metà del secolo, come testimoniato dai brani citati e da altre realtà estere (MANNEVILLE, 1985).

202 ONGARI, 1983, pp. 118-119.

203 ONGARI, 1983, p. 120.

A luglio la situazione non si era ancora del tutto normalizzata. Il prezzo del miglio si manteneva ancora troppo alto e fino a che non fosse calato, annotava sconsolato il nostro notaio, bisognava «dimenticarsi assolutamente della polenta e vivere solo di segala o di formento». Il 10 e l'11 luglio, denaro alla mano, non si riusciva a trovare in alcun luogo né farina né pane, per cui in cucina si era costretti a rimediare confezionando i gnocchi di erba nella maniera in cui era solito prepararli la povera gente, «impastati con poca farina a guisa di strangola preti»[204]. Il notaio ne dà anche la ricetta[205].

Ad agosto, alla vigilia del raccolto, che ovunque veniva preannunciato abbondante, le cose per la famiglia Ongari iniziarono ad andare decisamente meglio, anche se vi era ancora penuria di alcuni prodotti.

«Si può dir – è scritto al giorno 20 di questo mese – che le cose vanno bene, perché si va abbassando il prezzo della farina, e anco le Campagne sono belle, e si va avvicinando anche il raccolto del giallo, miglio, panizzo, ceci, fagiuoli, ma intorno li 18 Agosto abbiamo dovuto vivere di solo pane, perché col denaro alla mano non si poté trovare né farina, né buttiro, né oglio»[206].

Ancora una volta, tuttavia, lo sguardo del notaio, soffermandosi sulle frange di popolazione meno fortunate, rivelava una situazione ben diversa. Se il nuovo raccolto aveva loro permesso, infatti, di ricostituire delle scorte, queste andavano esaurendosi altrettanto rapidamente, costringendo i più ad abbandonare la propria casa per cercare occupazione altrove.

[204] ONGARI, 1983, p. 125.

[205] ONGARI, 1983. «Si fan bollire, e cuocere [le dette erbe]; poi si spremono, si pestano minutamente, si impastano bene con farina di frumento e di segala, ed alcuni ovi; si fanno i gnocchi, si fanno cuocere, poi si conciano tutti con buttiro, e formaggio, e si mangiano. Sono di nutrimento assai, saziano ottimamente, e mantengono in forza chi ha da faticare, e si sparmia della farina in quantità».

[206] ONGARI, 1983, p. 128.

«I poveri contadini cominciarono a raccoglier del miglio, panizzo, rape e marino, e mangiano; ma tutto presto si finisce, e però molte famiglie sloggiano affatto dal paese verso l'Italia, e lasciano le case del tutto vuote, e chiuse»[207].

Quindici anni dopo, in un rapporto del 16 luglio 1815 sulla diffusione della pellagra[208], il medico rivano Benigno Canella sembrava proseguire il racconto del notaio rendenese, esternando tutti i suoi timori nei confronti del drastico peggioramento registrato nella quantità e nella qualità dei cibi ordinariamente presenti sulla mensa delle frange più povere di popolazione. Mais e qualche verdura di qualità scadente formavano la gran parte del vitto caratterizzato, dunque, dalla pressoché totale assenza della carne, del pane di frumento, del latte e dei suoi derivati e perfino delle patate[209], la cui coltura doveva essersi già largamente affermata.

«Pari passa – scrive il Canella – che per le circostanze dei tempi gli abitanti non possidenti, ma semplici miserabili abitatori delle campagne, e villaggi, astretti vennero ... a darsi ad un cibo non sufficiente ..., a vivere ... quasi affatto, od esclusivamente di vegetabili di sorgo turco cioè a dire ... immaturo, patito, od ammuffito, di legumi, e di erbaggi o mal condizionati e poco o nulla conditi, ..., senza farina, né pane preparato col frumento, senza generalmente almeno patate, senza carne [e] senza latte»[210].

Già in precedenza, lo stesso Canella era intervenuto presso il podestà di Riva del Garda per denunciare la crescente diffusione in zona di pane confezionato con solo granoturco

[207] ONGARI, 1983, p. 130.

[208] ACR, *Atti riguardanti la sanità*, cart. 45.

[209] Secondo ZANINELLI, 1978, p. 32, l'introduzione su larga scala della patata in Trentino è da collocarsi nel secondo decennio dell'Ottocento. Non mancano, tuttavia, testimonianze che potrebbero anticipare questo termine di alcuni anni (COPPOLA, 1979, p. 223). Dal canto suo il canonico Giorgio Delvaj registra come anno d'introduzione della patata in Val di Fiemme il 1798 (AMCF, *Documenti, estratti di documenti e notizie riguardanti la Valle di Fiemme registrati in ordine non cronologico da me p. Giorgio Delvaj*, ms 4, c. 123).

[210] ACR, *Atti riguardanti la sanità*, cart. 45.

o con grano di cattiva qualità, prevedendo, in mancanza di serie misure di correzione del fenomeno, uno sviluppo incontrollato della pellagra.

«Quanto più verrà esteso – scriveva al podestà di Riva del Garda in una lettera del 6 giugno 1812 – l'uso del sorgo-turco, particolarmente ridotto in pane, sempre poco cotto, e privo quasi affatto di sale, e più ancora, com'è di costume, se non con grano cattivo e di qualità inferiore, venga preparato questo pane col tardivo, o così detto cinquantino poco maturo di solito, e che facilmente patisce, od ammuffisce, la Pellagra principalmente ... farà nella Poveraglia stragi sempre maggiori»[211].

A nulla, dunque, sarebbero valsi gli ausili della scienza medica e le cure dispensate alla popolazione contro la malattia se prima non si fosse riusciti ad assicurare ai poveri contadini un vitto più abbondante, più sano e più equilibrato di quello consumato in quel momento. Ma per cogliere questo obiettivo occorreva *in primis* sconfiggere il più acerrimo fra i nemici della salute pubblica, ossia la miseria.

«Dallo scarso e cattivo alimento adunque – affermava il medico rivano nel già citato rapporto sulla pellagra, richiamandosi forse alla più nota opinione espressa dal celebre Frank nella sua dissertazione accademica *De populorum miseria, morborum genitrice*, – dalla fame, dalla povertà, dai patemi d'animo deprimenti e dal difetto di pulizia, che dalla miseria non vanno per ordinario disgiunti, [si sviluppa] la malattia ...»[212].

Più particolareggiata, ma di tenore analogo, anche una nota testimonianza del medico Giuseppe Lupis del 1831 che sottolineava soprattutto la povertà d'ingredienti che avrebbe concorso all'alimentazione di vasti settori di popolazione. Solo in anni particolarmente «ubertosi» dal punto di vista agricolo si potevano trovare, sulla tavola del contadino e a seconda delle stagioni, polenta di mais intrisa con un po' di latte, fagioli, rape, patate, diversi generi di cavoli e del pane «poco fermentato mescolato con piccola porzione di farina

211 ACR, *Atti riguardanti la sanità*, cart. 45.

212 ACR, *Atti riguardanti la sanità*, cart. 45.

di frumento inferiore, talvolta sparso di lollio tumulento, papavero erratico, e di veccia sativa»[213]. La polenta, confezionata anche con grano saraceno, era consumata abitualmente a pranzo col contorno di crauti o altre verdure; in loro mancanza, e per alternare, si ricorreva a del pesce marinato di poco prezzo, a dei formaggi mediocri e a delle cattive ricotte salate. Per lo più a cena, infine, si preparavano minestre con ingredienti d'orzo, fagioli, latte, zucche e varie verdure, mentre poco usati erano il miglio, il panico, l'avena, le lenticchie ed altri legumi, come ad esempio le fave, assai più noti in passato.

Entrambi gli osservatori, sia il Canella sia il Lupis, sembrano concordare anche nel giudizio negativo sulla qualità delle bevande, associandolo soprattutto al consumo di una bibita diffusa particolarmente in periodo di vendemmia. Si trattava del cosiddetto «acquarolo», sorta di «liquore fermentato»[214] – «tintura vinosa leggerissima, nondimeno acida, e non di rado ammuffita»[215] – ottenuto dalla miscela di tanta acqua con una minima quantità d'uva di qualità inferiore e ritenuto causa, per le sue caratteristiche «organolettiche», di numerose infermità e non solo di tipo gastroenterico. È significativo che un rapporto del giudizio distrettuale di Vezzano dell'8 marzo 1822 individuava nella proibizione dell'«uso del vino derivante da uve immature e quindi acido di sua natura» un utile provvedimento per arrestare i progressi della pellagra[216].

Una testimonianza di metà secolo del medico Leonardo Cloch stigmatizzava infine il largo consumo di frutta acerba per via del «pregiudizio», assai diffuso fra la popolazione, che la frutta matura fosse causa di diarree o altri mali di ventre[217].

Anche i sintetici riferimenti al vestiario non alterano il qua-

[213] LUPIS, 1831, pp. 74-75.

[214] LUPIS, 1831, p. 75.

[215] ACR, *Atti riguardanti la sanità*, cart. 45.

[216] AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano, Sanità, 1822*, cart. n.n.

[217] CLOCH, 1871, pp. 123-124.

dro fin qui tratteggiato. Al di là di qualche breve annotazione relativa al tessuto utilizzato, «lana nazionale» d'inverno, lino variamente colorato d'estate e soprattutto canapa in ogni stagione, le descrizioni si soffermano soprattutto sull'aspetto logoro degli indumenti e l'inadeguata protezione offerta contro i rigori delle cattive stagioni. Solo l'autore dei «Cenni topografico-medici del distretto di Tione» si perita di elencare i principali indumenti in uso nelle Giudicarie, ma col chiaro intento di associare la loro foggia ai possibili danni per la salute[218].

Si supponeva così che la frequente «introversione» o deformità dei capezzoli riscontrata nelle nutrici sarebbe stata causata dall'uso invalso fra le donne nubili di coprire il petto con una sorta di pettorina fatta con un pezzo di cartone ricoperto di stoffa[219]. Le altrettanto frequenti leucorree sarebbero state invece prodotte dall'uso di gonne ben «saldate», ma piuttosto corte, e pertanto insufficienti a riparare efficacemente dall'aria. «Varicosità» delle gambe ed ernie sarebbero state provocate a loro volta dalla cattiva abitudine di fermare calze e pantaloni con della semplice corda.

Per quanto riguarda, invece, le calzature si evidenziava un unico dato: la prevalente abitudine di camminare scalzi. Le poche scarpe di cuoio erano riservate all'uso collettivo della famiglia e solo in speciali occasioni[220], mentre anche i tradi-

[218] BCT, ms 2161, «Cenni topografico-medici del Distretto di Tione», f. 27.

[219] Questa usanza è documentata anche per altre zone del Trentino (cfr. FIETTA-CHIOLI, 1873, p. 18).

[220] FIETTA-CHIOLI, 1873, p. 16: «... non più addietro di cent'anni fa si possedeva per ciascuna famiglia (e allora erano assai numerose di membri) un solo paio di scarpe adattabile ad ogni età e sesso. Era un avvenimento quello di prendere la misura per un nuovo paio, e sempre a chi aveva il piede più grande; anzi si guardava di tenerle piuttosto in crescere: erano fatte della vacchetta più ordinaria e del corame più grosso, a tacco largo e basso fornito di pesanti chiodi in giro ed a croce, e di più leggieri sotto le suole informi, disposti a quadri oblunghi e ad ovali; una stringa di cuoio ne serrava l'apertura sopra il collo del piede, cadendo a due fiocchi sul davanti, coperto da una quadrata membrana di pelle

zionali zoccoli in legno («sgalmere» o «gambere») venivano normalmente usati solo nei periodi più freddi ed umidi[221] dell'anno.

Motivo ricorrente anche nella descrizione della persona e del suo abbigliamento era, comunque, la scarsa cura per l'igiene[222].

Non è fuor di luogo, a questo punto, chiedersi quanto sia lecito interpretare e ricostruire la quotidianità oggetto di controllo solo sulla base di descrizioni pervenuteci per lo più da medici nell'espletamento della loro funzione pubblica. Se è possibile, infatti, affermare che quanto viene ritratto nei documenti utilizzati corrispondeva senz'altro a situazioni concrete, allo stesso tempo, non è da escludere che la valutazione complessiva della gravità e della diffusione dei fenomeni descritti potesse essere stata viziata da una spinta alla generalizzazione suggerita dallo stesso schema di lettura adottato dai compilatori e dalla loro effettiva paura nei confronti della perenne minaccia rappresentata dall'insorgenza di malattie epidemiche e contagiose. Inoltre, la costante associazione dei disordini igienico-sanitari con le consuetudini di vita di un «popolo» dalle connotazioni socio-economiche non meglio specificate alimenta il sospetto che certe formule descrittive, veri e propri stereotipi[223], siano spesso

terminante in più punte. Non si usava menomamente annerirle. Quello che maggiormente farà meravigliare è, che tali scarpe s'indossavano che quando a vicenda i famigliari s'accostavano alla Comunione. Del resto tutti portavano zoccoli (*gambare*) a suolo di legno, ben proveduto di chiodi a grosse borchie di ferro: la coperta consisteva talvolta di quella delle scarpe vecchie inusabili».

221 Lupis, 1831, pp. 64-65. Si veda inoltre Sebesta, 1981.

222 Faes, 1852, p. 122.

223 È sufficiente leggere alcune testimonianze lasciate per altre zone d'Italia o d'Europa per scorgere l'uniformità dei toni e la ripetitività degli elementi utilizzati nelle descrizioni. A titolo d'esempio basti citare quanto scriveva nel 1854 il medico piemontese Giuseppe Rizzetti riferendosi alla condizione abitativa dei contadini nel Regno sabaudo: «Le abitazioni destinate ad albergo dei contadini [sono] insufficienti ai suoi bisogni, basse, poco aerate, umide, aventi per pavimento il nudo suolo, la gran parte mancanti di camino, o questo mal costruito, per cui quei

riflesso di visualizzazioni preordinate della realtà ed espressione, a loro volta, di rappresentazioni e concezioni di vita preconcette. In una simile prospettiva le fonti individuate finirebbero pertanto per testimoniare più un atteggiamento mentale che non una precisa condizione socio-sanitaria. Come spiegare altrimenti la posizione di quanti sostengono al contario il segno positivo della situazione trentina rispetto a quella di altre zone d'Italia e in particolare di quella esistente nel vicino Lombardo-Veneto?

«Per quel che tocca alle abitazioni, al vestito ed al vitto – scrive, ad esempio, Agostino Perini nella sua conosciuta *Statistica del Trentino* – i nostri popoli si trovano in discrete condizioni. Le abitazioni sono, generalmente parlando, bene costrutte, bene ventilate, ed abbastanza monde. Certamente che il casolare e la stanza del povero, danno sempre o indizio od immagine della miseria. Ma è troppo increscevole che in alcune solitarie ed anguste casupole convivano gli uomini cogli animali. Ed è riprovevole che si permetta lo stagno dei pozzi neri nell'interno delle case, o che si lascino cingere con cataste di letame, ciò che succede specialmente alla campagna. Ma se noi paragoniamo le case dei nostri contadini con quelle dei villici delle pingui terre veneto-lombarde, troveremo certo di che consolarci ...; onde, per parlare soltanto delle materiali condizioni, la nostra gente oltrecchè è in generale alloggiata discretamente, si mostra puranco e pulita, e nodrita, e vestita bene a sufficienza»[224].

In quest'ottica, dunque, anche determinate osservazioni fatte in relazione alle abitudini alimentari dovrebbero essere valutate con la necessaria cautela, il che non significa negar attendibilità alla precarietà di una situazione quanto piuttosto evitare le generalizzazioni non consentite dal tipo di fonte. Si è già visto come la scarsa o scorretta alimentazione acquistasse agli occhi dei teorici della polizia medica sempre maggiore importanza nell'ordine delle ragioni prodotte per

luoghi sono sempre ripieni di fumo. Questi abituri, sono già migliori dei tanti altri sotterranei che si osservano tuttora in molti paesi dello Stato ove tutta la famiglia assieme riunita si accovaccia coll'asino e col maiale, ricettacoli di tutte le sozzure, ove regna continuamente l'umidità e l'aria e la luce non vi arrivano che molto stentatamente» (CAMPORESI, 1990, p. 230).

224 PERINI A., 1851-1852, pp. 605-606.

spiegare l'origine di tante malattie, ma proprio la crescente attenzione riservata all'argomento non deve far trascurare l'ipotesi che alcune preoccupate osservazioni e i conseguenti provvedimenti fossero espressione più dei timori suggeriti da uno schema teorico di riferimento che non dalle dimensioni reali e globali del fenomeno[225].

Già la testimonianza del canonico Giorgio Delvaj, intento a descrivere l'alimentazione più diffusa nella Val di Fiemme dell'Ottocento[226], sembra ridimensionare parzialmente le immagini a fosche tinte tratteggiate dai medici Canella e Lupis.

S'iniziava la mattina, dal primo autunno a dicembre inoltrato, con delle rape e delle patate cotte la sera prima e condite

[225] Altre testimonianze indicano, infatti, un tipo di alimentazione certamente non ricca, ma in qualche modo più varia e nutriente di quella generalmente ritratta: «Il nutrimento ordinario degli abitanti [del Giudizio di Cembra] – si legge in una descrizione del 1848 (BMFI, ms 4322, fasc. 35) – è la polenta che prendono una volta il giorno con verdura e carne d'animali che uccidono da sé nelle rispettive famiglie. Fanno molto uso di carne cotta in minestra e di patate. La collazione consiste in un decotto di farina gialla o frumento volgarmente *mota*. Si beve molto vino giacché grande si è il prodotto e pochissime famiglie ne sono prive».

[226] AMCF, *Documenti e notizie di Fiemme [del canonico Giorgio Delvaj]*, ms 5, cc. 311-314. Anche la testimonianza dell'anonimo estensore dei «Cenni topografico-medici del distretto di Tione», scritti non più tardi della metà del secolo XIX (BCT, ms 2161, f. 28r.), non sembra discostarsi da quanto descritto sia dal Lupis sia dal Delvaj, con l'aggiunta di qualche breve considerazione anche sulla qualità intrinseca dei prodotti commestibili coltivati nel territorio di quel distretto: «Quantunque questa popolazione si trovi in possesso di una lodevol copia di bestiame, pure essa si può dire non prenda mai carne e quasi esclusivamente di vegetabili si ciba. Il grano turco ed il grano saraceno riddoti a polenta; la segala preparata a pane; l'orzo, i fagiuoli, le rape, la patata, i cavoli cotti a minestra formano il giornaliero generale ed inalterato cibo direi di tutta questa gente, diviso in tre pasti, disinare, marenda e cena; il latte, il formaggio, il buttiro ed il lardo servono di condimento ai cibi suddetti. Così cibasi in patria. Il quarto poi della popolazione che passa in Italia per la mettà dell'anno lungo quel soggiorno non vive che a polenta di grano turco più volte nel giorno replicata. I prodotti comestibili del Paese che ... danno neppure la metà del vito per l'intiera popolazione, sono prodotti piutosto acquei e poco eccelenti, sì per natura che per mancaza di perfetta maturità e consequentemente agli organismi soministrati in proporzione più voluminosa che solido nutrimento».

con latte, con burro o con grasso. A volte in sostituzione delle patate si ricorreva a un tozzo di pane «grossolano», ma da gennaio in avanti, ossia dal momento in cui le rape incominciavano a scarseggiare, la colazione poteva comprendere della «mosa», ossia farina gialla condita con del latte o con del burro, della minestra d'orzo, della minestra di «granelle di frumento» o della minestra di crauti accompagnate anch'esse con del latte, con del burro o con del grasso. Un cibo di lusso, destinato soprattutto agli artigiani, era la cosiddetta «suppa rostida», un particolare brodo arricchito con pezzettini di pane. Assai modesto, fino a metà secolo, è invece il consumo di caffè, il cui uso, introdotto nei primi decenni dell'Ottocento, viene riservato per lungo tempo solo nella cura delle persone malaticce o di costituzione particolarmente debole. Il secondo pasto seguiva normalmente verso le undici. Si «marenava» allora con polenta e formaggio, con minestra d'orzo o con minestra di rape e talvolta con dei crauti. Carne e lucaniche, al contrario, comparivano solo sulla tavola di poche persone e quasi esclusivamente nei giorni di festa. Si trattava, comunque, di carne salata poiché la «carne fresca non si sapeva neppur cosa fosse». Più spesso il pranzo si limitava a polenta e latte, ma, in tempo d'autunno, terminate le scorte di «turchés» o granoturco, il «desinare» per molte famiglie significava semplicemente cibarsi di patate e latte o patate e minestra d'orzo.

Da mezzogiorno a sera, quindi, non si mangiava altro. Solo nei giorni più lunghi e di maggiore fatica si consumava a metà pomeriggio un tozzo di pane «grossolano», della polenta fredda, della «stiacciata» cotta sotto la cenere, o della minestra di farina e crauti, detta «mescedò».

La cena prevedeva ancora della minestra d'orzo, della minestra di «granelle» di frumento o della «mosa» con accompagnamento di patate i cui avanzi ricomparivano la mattina dopo a colazione. Qualche rara volta, e non solo a cena, si mangiava come verdura della lattuga condita con del lardo sciolto e con dell'acqua dei crauti oppure dei fagioli cotti nella minestra con tutto il baccello. In sostituzione del formaggio, infine, si ricorreva a della ricotta o alla cosiddetta

«zighera», una vivanda preparata con del latte «corrotto e dissecato al fumo».

Altri cibi, come ad esempio le fave e i piselli, erano da tempo caduti in disuso, mentre altri ancora, fra cui il pesce, erano poco considerati.

Solo in speciali occasioni e sostanzialmente nella casa di poche persone comparivano quindi piatti un po' più elaborati, fatti con più ingredienti. Fra questi il Delvaj nomina gli «gnocchi», le «ballotte», i «tortici», ossia pane inzuppato e fritto, la «mösa» che come la «mosa» era fatta con farina di frumento, ma fritta nel burro e successivamente cotta nel latte, le «fortaje», i «crofeni», «da molti conosciuti solo di nome», i «casonziei», la torta di latte con farina di frumento, la torta di farina col sangue o, infine, i «grostoli», dolci preparati soprattutto in occasione di nozze e di qualche altra ricorrenza solenne. Di quando in quando si preparavano anche degli intingoli col fegato e i rognoni degli animali macellati.

Quanto alle bevande «ordinarie dei villici», affermava Carlo Perini, a ideale completamento della precedente testimonianza,

> «...[queste] sono l'acqua ed il latte: le acque dei torrenti e dei fiumi sono le meno ricercate e salubri; più squisite, leggere ed esilaranti riescono le fonti che scaturiscono dalle roccie. Quasi ogni valle è fornita d'acque medicinali»[227].

Anche secondo l'anonimo estensore dei «Cenni topografico-medici del distretto di Tione» l'acqua usata nella gran parte dei villaggi interessati dalla sua descrizione era «in generale d'ottima qualità»[228]. Non si registra neppure alcun abuso di vino od acquavite, il cui consumo appare riservato solo alle «famiglie migliori» e ai periodi di lavoro più faticoso[229].

[227] PERINI C., 1843, p. 8.

[228] BCT, ms 2161, f. 28r.

[229] AMCF, *Documenti e notizie di Fiemme*, ms 5, c. 314.

Al di là di tante altre testimonianze come questa, è certo, comunque, che nessuna d'essa è in grado di precisare né per quantità né per periodi diversi l'apporto dei singoli alimenti nella dieta di tutti i giorni: si tratterebbe di un compito assai improbo per non dire impossibile, tanto più complicato se si volesse tener conto anche dell'apporto calorico assicurato dal consumo di quei prodotti ottenuti dalle attività di caccia[230], uccellaggione[231], pe-

[230] In un prospetto del 1811 erano indicati fra gli animali più diffusi nel territorio del Dipartimento dell'Alto Adige la pernice, il gatto selvatico, il gallo cedrone, la coturnice, il francolino, il daino, la beccaccia, la lepre, il camoscio, la martora, la volpe, il lupo e l'orso (ASM, *Studi p.m.*, cart. 1151). Non viene citato il capriolo il quale iniziò a popolare più estesamente il Trentino proprio nel corso della prima metà dell'Ottocento e contemporaneamente alla ridotta presenza del lupo e del cervo. Più in dettaglio e in riferimento alla Val di Fiemme si segnala la presenza dei seguenti animali (BMFI, ms 4322, Descrizione topografico-statistica del distretto di Cavalese del 1837): «Il camozzo = *capra rupicapra*, il capriolo = *Cervus capreolus*, l'orso = *ursus arcotos*, la lepre = *lepus timidus*, il tasso = *ursus meles*, lo scoiatolo = *scuirus vulgaris*, la volpe = *canis vulpes*, la martora = *mustela martes*, la talpa = *talpa europea*, la faina = *slustella faina*, la lince = *felis lynx*, la lontra = *mustela lutra*».

[231] Nella Descrizione topografico-statistica del distretto di Cavalese del 15 gennaio 1837 (*ibidem*) si elencavano con altrettanta precisione anche le specie d'uccelli presenti in Val di Fiemme distinte fra «selvaggiume», «uccelli da rete o da schioppo» e «uccelli avventurieri»:
«Sotto il nome di selvaggiume:
il cedrone = *tetrao uragallus*, lo sforzel = *tetrix*, il cotorno = *rufux*, il francolino = *francolinus*, la gallinella bianca = *lagopus*, la beccaccia = *scalopax rusticala*, il colombo selvatico = *columba ocnas*.
Uccelli da rete o da schioppo:
il fringuello = *fringilla colebs*, il montano = *fringilla montifringilla*, la smearda = *emberiza citrinella*, il lucherino = *fringilla spinus*, lo sverzelino = *fringilla citrinella*, l'ortolano = *emberiza hortulana*, la zia = *emberiza cia*, la tordina = *allauda collandra*, la lodola = *allauda arvensis*, il crumsnobel = *loscia curvirostra*, il pittardel = *motacilla rubicola*, il quarossolo = *motacilla phanicuras*, il quarossolone = *turdus saxatilis*, il reatolo = *motacilla troglodiites*, il moretto = *motacilla rubecola*, la passera grande = *fringilla domestica*, la passera piccola = *fringilla montana*, il taranzo = *loxia chloris*, il fadanello = *fringilla linata*, la boarina = *motacilla noevix*, la squassacoa = *motacilla flava*, il cullo bianco = *motacilla oenanthe*, la parissola grande = *parus major*, la parissola bianca = *parus caruleus*, il frattino = *loscia pyrhula*, il pendolino = *motacilla pendulinus*, il lattacapre = *caprimulgus europeus*, il pigozzo verde = *picus viridis*, il pigozzo rosso = *picus meduis*, il torcicollo = *yunx torquilla*, il gran dugo = *strix*

sca[232] o raccolta nei boschi[233] che emerge in modo fram-

bubo, l'alloco = *strix flammea*, il cis = *strix otus*, il corvo comune = *corvus corax*, il corvo montano = *corvus corone*, la zaola = *corvus monedula*, la gazza nera = *corvus caryocactes*, la gazza turchina = *corvus glandarius*, il cucco = *cuculus canorus*, il gallo di acqua = *upupa epops*, la pojana = *falco buteo*, il falcone = *falco comunix*, il falchetto = *falco nisus*, il gambinello = *falco sinnunculas*, l'astone = *falco palumbaricus*, il beccamuri = *certhia muraria*, il rampeghino = *certhia familiaris*, il tordo dell'uva = *turdus iliacus*, il tordo collana = *turdus vixivorus*, la gardena = *turdus musicus*, il merlo = *turdus merula*, il merlo acquatico = *sturnus cinglus*, il tuit = *motacilla trochylus*, il gardelino = *fringilla carduelis*, lo stellin = *motacilla regulus*, il capinero = *motacilla atricapilla*.
Uccelli avventurieri:
l'occa marina = *anas anser*, l'anitra selvatica = *anas boscas*, il tartaro = *hirundo apus*, la rondine = *hirundo rustica*, il seslone = *hirundo arbica*, la quallia = *tetrao coturnix*, il re di quaie = *ralbus crex*, la pernice = *tetrao perdix*, fadanello marino = *frigilla caunabina*».

[232] Le specie di pesci più diffuse negli specchi lacustri e nei corsi d'acqua del Dipartimento dell'Alto Adige erano secondo il solito prospetto statistico del 1811 la trota, l'anguilla, la tinca, il luccio, il cavedano, la scardola, il barbo, il salmerino, il temolo, la carpa (*bulbero*), il «sarello», e qualche lampreda (ASM, *Studi p.m.*, cart. 1151). Altrettanto diffusi ed utilizzati in cucina erano i gamberi e le rane. Nella già citata Descrizione topografico-statistica del distretto di Cavalese (BMFI, ms 4322) si esaltavano per «sorprendente grandezza e squisito sapore» i gamberi raccolti in periodo primaverile nel «rivo della Bellamonte», mentre in una deposizione dell'1 maggio 1843, rilasciata dinanzi al Magistrato politico-economico della città di Trento, si faceva riferimento all'acquisto in «piazza delle erbe» di alcune rane successivamente «apparecchiate in una teglia di terra» (ACT, *Sanità, XXIII, 1843*, cart. 472). Più in particolare per notizie sulla pesca nel lago di Garda si veda BOTTURINI, 1885.

[233] Nei boschi si raccoglievano innanzitutto funghi: «Fra i vari generi e le specie dei funghi che nascono su questi monti – scrive il medico Francesco Moroni di Caldonazzo – alcuni usansi a cibo quali sono il *finferling* o funghetto giallo (*clavaria-flava*); le didelle (*clavaria-alba*); le brise o brisotti (*boletus-esculentus*); lo spongiolo (*phalus-crassipes et ondosus*); la barba di capra o fungo barbin (*hericuim et hymnum album*); il fungo del pino (*agaricus-luteus*); il fungo del sangue (*agaricus-incarnatus*), i funghi chiodoroi (*agaricus-chrysodon*); il peto di lupo (*lycoperdon-bovista*); i tartuffi di eccellente qualità (*Tuber-cibarium*)» (MORONI, 1836, pp. 31-32). Ma si raccoglievano anche diversi altri frutti spontanei: «E parlando dei fruttiferi arbusti non vi manca la fragola che si matura in giugno, e vi resiste fino all'ottobre, il rovoideo o framboise detto lampone, volgarmente *ampomola*, di cui fansi sorbetti non meno che deliziose conserve da anteporsi ai dispendiosi elisiri o cordiali delle farmacie. E del mirtillo della regione selvosa si raccolgono delle bacche nere d'un

mentario dalle fonti e che è attestato più globalmente anche da Agostino Perini.

«Le carni di bove e di vitello, quella di montone, e nel contado talvolta quelle di vacca e di capra o fresche, o salate, le carni di maiale ed i salsicci, la polleria domestica, ed alla stagione di autunno e d'inverno gli uccelli indigeni e la selvaggina, son questi i cibi animali de' quali si nutrono secondo le loro condizioni le genti nelle città, e quelle della campagna.

I fiumi ed i laghi forniscono i pesci freschi pei giorni specialmente di magro. A questi pesci di acqua dolce devonsi aggiungere i pesci salati, o preparati, di mare e questi e quelli, che sono di uso affatto comune, tra' quali merita particolare menzione il baccalà (Gadus Morrhua)»[234].

È, tuttavia, indubbio che le popolazioni locali conoscessero e sapessero sfruttare le ricchezze della natura che li circondava meglio di quanto le fonti ufficiali non lascino intravvedere e che, guidati al loro sfruttamento talvolta dagli stimoli della fame o dai suggerimenti degli animali, attingessero da essa il necessario per sopravvivere o reintegrare una dieta altrimenti assai deficitaria[235]. Allo stesso modo la condanna pronunciata indiscriminatamente e ampiamente condivisa

sapore agrodolce, chiamate dai nostri tirolesi *giasene*; e quantunque sia cibo ordinario degli orsi, delle galline selvatiche e di tanti altri animali, ne usano tuttavia anche gli uomini, e le bacche perfino vengono vendute sulla piazza di Trento» (*ibidem*, p. 31). Nella Descrizione topografico-statistica del distretto di Vezzano, compilata tra il settembre 1834 e il febbraio 1835, si faceva quindi esplicito riferimento alla «grande copia» di fragole, lamponi, mirtilli e noccioline raccolti nei boschi circonvicini (BMFI, ms 4322). L'uso delle «fraghe di monte» è peraltro indirettamente testimoniato dal medico roveretano Giuseppe Fontana che le consigliò negli anni 1772-1773 come eccellente rimedio contro un'epidemia di «febbri putride e maligne» allora diffusa (FONTANA, 1774, p. 6).

234 PERINI A., 1851-1852, p. 606.

235 Di questa ricca e articolata conoscenza, impiegata non solo a fini terapeutici o alimentari, fu testimone fin dal secolo XVI il celebre botanico senese Pier Andrea Mattioli. Costui, riferendosi soprattutto alle popolazioni delle valli di Non e di Sole, documenta all'interno dei suoi *Discorsi di Pedacio Dioscoride*, benché in modo frammentario, gli usi sia alimentari sia terapeutici di svariati vegetali (TAIANI, 1989).

contro la scarsa cura della persona, sembrava accogliere acriticamente quella posizione, maturata già nel corso del secolo precedente, che associava oramai indissolubilmente e senza eccezioni la sporcizia e le sue manifestazioni visive ed olfattive con la vita del popolo[236].

[236] Come scrive ROCHE, 1989, p. 245: «C'est un lieu commun littéraire de caractériser le peuple par sa malpropreté et ses salissures, la boue et l'embarras des villes y contribuent tout autant que les saletés des travaux rustiques. La force de la *civilisation des moeurs* est d'imposer à tout le monde l'idée que les macules vestimentaires authentifient les souillures de l'âme, et le préjugé se retrouve partout qui force l'art du dégraissage à ses extrêmités».

Capitolo terzo

Le armi della prevenzione

Nelle precedenti pagine si è più volte sostenuto che i toni allarmati spesso utilizzati nelle descrizioni e le immagini evocate dagli osservatori operanti sul territorio costituiscono più il riflesso di un atteggiamento mentale e della condivisione *in primis* di un'identica scala di valori che non la misura fedele della gravità di una situazione o dell'incapacità di taluni organismi politico-amministrativi di far fronte ai tanti problemi segnalati. Semmai andrebbe verificata l'eventualità se anche l'iniziativa governativa, rispondendo alla stessa logica, non abbia finito per indirizzare la propria azione in direzioni indicate più dall'ipotetico timore nei confronti di teoriche situazioni di pericolo che non dalla concreta e larga diffusione delle stesse.

Difficoltà di vario genere contribuiscono dal canto loro a rallentare, se non addirittura a vanificare, l'efficacia di alcune delle misure adottate, ma non per questo si può affermare che da parte governativa sia mancato un intervento organico e sistematico nel settore sanitario e che questo non abbia portato, senza alcuna valutazione di merito, a dei cambiamenti già nel corso della prima metà dell'Ottocento.

Di questo intervento si sono ricostruite nel precedente capitolo le fasi attraverso le quali si è andata ramificando sul territorio una vasta rete di controllo. Si tratta ora di illustrare alcuni dei momenti attraverso i quali, fra antiche paure e nuovi valori, si è andata invece sviluppando un'intensa ed articolata iniziativa a favore del trattamento preventivo di ogni fattore di rischio per la salute umana: fra questi indubbiamente la rimozione delle cause di formazione del miasma, ma anche l'applicazione nella pratica medica del prin-

cipio della profilassi che in pari modo, seppure in altra forma, interviene a modificare valori comportamentali e rappresentazioni culturali da tempo sedimentate nella memoria e nelle consuetudini della popolazione.

1. *Dal miasma alle errate abitudini di vita: una lotta comune a sostegno di nuovi valori*

Una normativa bavarese del 1807[1] estendeva anche ai territori dell'ex Principato vescovile di Trento l'applicazione di alcuni principi già affermati nel corso della seconda metà del Settecento da vari governi europei e in ultimo nel 1804 dall'editto napoleonico di Saint Cloud[2]: si trattava del trasferimento dei cimiteri all'esterno dei centri abitati e della proibizione di procedere all'inumazione dei defunti all'interno delle chiese. Durante il successivo periodo di governo francese altre norme intervennero per sostenere identico principio: un decreto del 3 gennaio 1811, mai revocato dal governo austriaco, dettava precise disposizioni sul modo in cui provvedere alla sepoltura dei cadaveri[3], mentre la legge sanitaria dell'1 giugno 1811 ribadiva l'obbligo di traslocare i campisanti al di fuori dei centri abitati ad una distanza minima di duecento metri[4]. Queste disposizioni, com'è facile immaginare, non ebbero, tuttavia, un'immediato riscontro. Se i primi risultati si ebbero, infatti, fin dal 1808, è altrettanto vero che questi si limitarono probabilmente a pochi epi-

[1] Di questa normativa dà notizia ONGARI, 1983, p. 198.

[2] Cfr. nota 80 del cap. I.

[3] Il contenuto di questo decreto è utilmente compendiato da Antonio Lorenzoni nella parte delle sue *Instituzioni del diritto pubblico interno pel Regno Lombardo-veneto* dedicata alle «leggi che hanno per oggetto la sanità pubblica» (cap. V, vol. II) (AST, *Capitanato circolare di Trento, Casa Trovatelli, 1843*, cart. 570). Per ulteriori dati sulla legislazione sanitaria austriaca si confronti BEROALDI, 1840-42.

[4] AST, *Leggi e decreti napoleonici, Sanità*, cart. 34. Il contenuto di questa legge riprendeva quanto già pubblicato per il Regno d'Italia con il decreto del 5 settembre 1806 (ASP, *Miscellanea civile*, cart. 179, *Istruzione sulla tumulazione dei cadaveri umani e sulla erezione dei cimiteri*).

sodi: fra questi, proprio nel 1808, l'inaugurazione dei nuovi cimiteri di Mezzocorona[5] e di Ziano[6] e il definitivo spostamento, programmato fin dal 1805[7], del cimitero di Trento da una zona posta nelle vicinanze del convento dei Frati Francescani alle adiacenze del palazzo delle Albere[8]. Del resto, ancora nel 1816, il medico circolare di Trento, Domenico Mattassoni, segnalava nella sua relazione annuale, ma senza dare delle cifre esatte, come in molti paesi del suo circolo il camposanto fosse ancora collocato al centro dell'abitato[9]. Quattro anni più tardi, nel 1820, la stessa fonte parla genericamente solo di sei cimiteri di nuova edificazione[10]. Negli anni venti dell'Ottocento, per quanto è stato possibile ricostruire[11], si aggiunsero alla lista i paesi di Meano[12] e Terlago[13]. All'urgenza di trasferire ed ampliare i cimiteri faceva, infine, riferimento anche un rapporto del Capitanato circolare di Trento del 6 dicembre 1825[14].

Resistenze e inadempienze non sembrano risparmiare neppure la nuova disciplina delle sepolture.

Secondo quanto denunciato dal medico circolare di Rovere-

[5] MICHELI, 1968, p. 154. In occasione della visita pastorale del 1838 si lamentava comunque l'assenza di porte di accesso al cimitero «motivo per cui vi pascola in esso liberamente il bestiame» (ACAT, *Atti visitali*, 1838).

[6] FELICETTI-CANAL, 1912, p. 154.

[7] AST, *Capitanato circolare di Trento*, cart. 558.

[8] BOCCHI-ORADINI, 1983, p. 164.

[9] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1817*, Z. 1535, «Rapporto del medico Circolare concernente la visita di esso fatta all'intero Circolo. Trento li 25 settembre 1816».

[10] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1820*, Fasz. 2434, Z. 468.

[11] Evidentemente qualsiasi dato più preciso circa la costruzione di nuovi cimiteri richiederebbe un'indagine ben più approfondita e su fonti diverse da quelle consultate per questo lavoro. Il tema è di sicuro interesse e attende di essere studiato.

[12] AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Polizia, 1823*, cart. n.n.

[13] AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano, Sanità, 1827*, cart. n.n.

[14] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1825*, Fasz. 2445, Z. 805.

to Francesco Galvagni in una sua relazione dell'8 agosto 1820, in molti paesi del Fisicato distrettuale di Condino persisteva la consuetudine di «trasportare nelle chiese tutti li cadaveri a barra scoperta, e di lasciarli ivi esposti per qualche tempo durante il numeroso concorso di popolo»[15]. E non solo: nel giudizio distrettuale di Lodrone era accaduto di recente che i cadaveri dei sacerdoti fossero stati inumati nelle chiese[16] e ciò in aperto contrasto con quanto ripetutamente disposto dalle autorità politico-amministrative e non ultimo dal Capitanato circolare di Rovereto con due ordini del febbraio e del luglio 1820[17]. Sullo stesso piano un ordine del giudizio distrettuale di Civezzano, trasmesso al locale decano il 4 settembre 1835, volendo colpire le stesse usanze, ribadiva l'assoluto divieto di condurre in chiesa i cadaveri scoperti[18]. A sua volta, caso emblematico, il curato di Fornace, Giacomo Girardi, denunciava nel 1820 al giudizio distrettuale di Civezzano l'irregolarità commessa nel locale cimitero di sotterrare i cadaveri ad una profondità di due piedi e mezzo anziché di cinque[19]. Anche in quest'ultimo caso non si trattava di un episodio isolato se, come è vero, identiche lagnanze vennero mosse anche in riferimento al cimitero di Trento[20].

Apparentemente, dunque, le norme relative ai cimiteri e alle sepolture conobbero una contrastata e lenta applicazione. Ma più degli esborsi finanziari richiesti dalla messa in opera dei nuovi camposanti o della rottura con tradizioni del passato, sembra gravare sulla loro esatta applicazione una malcelata diffidenza, se non una vera e propria incomprensione, nei confronti delle reali motivazioni poste a fondamento delle norme stesse. Il trasferimento del luogo in cui metafo-

[15] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1820*, Z. 468.

[16] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1820*, Z. 468.

[17] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1820*, Z. 468.

[18] AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Polizia, 1835*, cart. n.n.

[19] AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità, 1820*, cart. n.n.

[20] ACT, *Sanità, XXIII, 1846*, cart. 513.

ricamente 'riposavano' i defunti, oltre a rappresentare un modo di allontanare ed isolare una fonte di pericolose esalazioni, mascherava, infatti, un ulteriore intento, ossia quello di edificare uno spazio dove, neutralizzata ogni sensazione fisica della morte e celati allo sguardo i suoi più terribili aspetti esteriori, fosse possibile celebrare i riti annessi al nuovo culto borghese della personalità e della memoria e conservare una sorta di «immagine atemporale della società dei vivi»[21].

È quanto emerge chiaramente dalla testimonianza del notaio rendenese Giuseppe Antonio Ongari. Nel 1807 il nostro notaio, prendendo spunto dalla ricordata legge bavarese, inoltrava una propria supplica al giudice distrettuale di Tione per chiedere un suo immediato intervento a favore della costruzione a Spiazzo Rendena, nelle Giudicarie, di un nuovo camposanto. Quello esistente, infatti, a detta sua e degli altri illustri concittadini confirmatari del documento – il medico Giambattista Alimonta, lo speziale Giuseppe Cattarina, l'altro notaio Francesco Ongari e il giurista Francesco Felicissimo Venturi –, sorgeva in posizione troppo vicina ad alcune abitazioni ed era, comunque, fonte, soprattutto nei mesi estivi, di un tal «fetore e puzzo che assolutamente conveniva star lontano anche dalla Chiesa e dalle Sacre Funzioni per non restare ammorbati»[22].

[21] ARIÈS, 1978, p. 62.

[22] ONGARI, 1983, pp. 252-254: «Fra i cimiteri più disdicevoli, e dannosi – annota il notaio – deve annoverarsi senza dubbio anche questo esistente presso la nostra chiesa parrocchiale di Rendena, perché:
a) vi è soggetta, e vi concorre quotidianamente tutta la gente di queste tre ville Fisto, Borzago, e Mortaso, oltre la gente dello Spiazzo, e di Ches, che tra tutte formano una popolazione assai numerosa.
b) Perché vi sono molte case, e famiglie troppo vicine e contigue.
c) Perché è troppo vicino allo Spiazzo luogo d'unione, di Fiera, di concorso, dove tutta la gente si trova insieme, e discorre de' suoi affari, e si trattiene per molte ore.
d) Perché nell'estate, e nel caldo, che è il tempo più pericoloso, vi concorre sempre maggior popolo, non solo delle terre circonvicine, ma alcune volte anche di tutta la valle.
e) Perché essendo molto il popolo soggetto alla detta Chiesa, ne viene per conseguenza, che assai di frequente vi son cadaveri da seppellire».

Oltretutto il cimitero, poiché mal recintato, era spesso ed indecorosamente frequentato da animali di ogni sorta: cani e maiali profanavano le tombe e trasportavano altrove le ossa dei «poveri defunti»[23].

Non si hanno notizie dettagliate su come evolse l'intera vicenda né dei motivi che indussero il dottor Chesi, interpellato dal giudice distrettuale, a rilasciare parere affatto contrario a quello dei firmatari della supplica[24]. È certo, comunque, che sia l'esaudimento della richiesta, sia più in generale l'applicazione della norma bavarese andavano incontro ad una serie di difficoltà ben presenti allo stesso Ongari lì dove, annotando nel suo diario l'emanazione della nuova legge, aggiungeva anche in tono sconsolato quanto irreale sarebbe stato attendersi un'immediata risposta in termini positivi da parte della popolazione locale poiché «cose ben fatte non ne vogliono, e non vogliono intender ragioni»[25].

L'irritazione, se non proprio l'aperta ostilità, che spesso suscita fra la popolazione la nuova disciplina sui cimiteri nonché il complesso di norme volto a sradicare determinate «usanze funebri», sono, dunque, alimentate *in primis* dai diversi valori esistenziali che sostengono una visione della morte in fase di lenta trasformazione.

La complessa articolazione di motivazioni ed obiettivi, parte di carattere politico-sanitario e parte di carattere socio-culturale, che s'intersecano nelle vicende dello spostamento dei cimiteri e nella regolamentazione delle sepolture, riemerge in tutta la sua portata nella vicenda dell'ampliamento del cimitero di Trento i cui lavori iniziati nel 1826[26] si conclusero solo nel 1858 con il completamento della cappella[27]. Si trattava a detta dei suoi stessi ideatori e del progettista,

[23] ONGARI, 1983.

[24] ONGARI, 1983.

[25] ONGARI, 1983, p. 198.

[26] Parte della documentazione relativa a questi lavori è conservata presso TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1825*, Fasz. 2446, Z. 5067.

[27] BOCCHI-ORADINI, 1983, p. 171.

l'ingegnere Dal Bosco[28], di un'opera imponente, architettonicamente concepita per essere di «decoro, di comodo e di pubblico ornamento»[29] a tutta la città. Il suo perimetro formato da quattro solide mura avrebbe dovuto, infatti, sostenere in tutta la sua estensione interna «tante edicole mortuarie» costruite sulla base di un «grandioso disegno» e di cui molti privati avevano sottoscritto l'acquisto fin dal primo momento[30]. La presenza di un corpo stabile di becchini, formato da un capocustode e da cinque aiutanti, avrebbe, infine, garantito, secondo regolamento del 1828, la corretta esecuzione delle sepolture e lo svolgimento delle funzioni funebri[31]. Il nuovo cimitero, in stile neoclassico, rappresentò di fatto la più importante realizzazione pubblica della prima metà del secolo XIX a Trento[32] ed era certamente destinato a diventare, assieme al Teatro sociale, capace di ben 1200 posti a sedere, uno dei principali luoghi di «autorappresentazione della nascente borghesia»[33].

Fu solo, comunque, la paura nei confronti del colera a dare nuovo impulso all'applicazione delle regole. Negli anni immediatamente successivi, numerosi comuni dei due Capitanati circolari di Trento e Rovereto si dotarono, infatti, di un nuovo camposanto nel rispetto della normativa[34].

[28] I disegni con le varie versioni del progetto sono archiviati presso BCT, *Fondo Dal Bosco*. Cfr. SAN GIUSEPPE, 1985/86.

[29] Secondo l'espressione usata dal Magistrato politico-economico di Trento in un rapporto del 26 febbraio 1826 inviato al Capitanato circolare di Trento (AST, *Capitanato circolare di Trento, 1826*, cart. 29).

[30] Come appare da un rapporto del 23 marzo 1826 compilato dal Magistrato politico-economico di Trento ed inviato al Capitanato circolare di Trento (AST, *Capitanato circolare di Trento, 1826*, cart. 29).

[31] ACT, *Sanità, XXIII, 1846*, cart. 513.

[32] BOCCHI-ORADINI, 1983, p. 175.

[33] BOCCHI-ORADINI, 1983, p. 170.

[34] Dopo gli anni del colera si accrebbero gli sforzi per la costruzione di nuovi cimiteri come confermato d'altronde dalla moltiplicazione delle testimonianze archivistiche. Fra gli altri vorrei segnalare quelli di Vigolo Vattaro (AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità, 1-19, 1837*, cart. n.n.), di Gresta (AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, 1838, 246-355,*

Il doppio binario sul quale sembra muovere l'intervento preventivo nel settore dei cimiteri si coglie anche nell'azione promossa contro le altre possibili fonti di vapori graveolenti. La riduzione della sporcizia nei luoghi pubblici, l'allontanamento dagli abitati delle officine artigiane particolarmente «inquinanti» o la bonifica delle aree paludose sono alcuni degli obiettivi di un'iniziativa politico-amministrativa volta sia a rimuovere le potenziali minacce per la salute pubblica sia a configurare gli spazi abitati e l'intero territorio in funzione di una precisa dimensione sociale.

Fin dal 1804 furono estese alla città di Trento le prescrizioni di polizia già in vigore nella città di Innsbruck. Queste contemplavano, fra le diverse cose, la consueta proibizione di «versare, o gettare quisquilie, ovvero altr'acqua impura, sangue, lordure, o concime sulle contrade, e piazze, ovvero ne' cantoni», nonché la pronta rimozione di «mucchi di succidume» e delle carcasse di «animali morti»[35]. Lo stesso anno un ordine del 25 settembre, in coincidenza con l'aumento di ricoveri e di decessi nell'ospedale militare, stabiliva di procedere ogni sabato alla pulizia della porzione di strada antistante la propria casa, rimuovendo letame e immondizie[36].

Altri ordini di tenore analogo, ma con riferimenti sempre più espliciti al «decoro», seguirono con scadenza più o meno regolare negli anni a venire.

Fra i tanti un avviso del 18 marzo 1821 del giudizio distrettuale di Civezzano, che, nel rimarcare le pene pecuniarie

fasc. 319, cart. n.n.), di Fraveggio (AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano, Sanità, 1839*, cart. n.n.), di Cognola (ACT, *Sanità, XXIII, 1843*, cart. 472 e ACT, *Sanità, XXIII, 1845*, cart. 501), di Romagnano (ACT, *Sanità, XXIII, 1844*, cart. 486), di Lasino, di Cavedine, di Calavino (AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano, Sanità*, 1844, cart. n.n.) e di Ranzo (AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano, Sanità*, 1845, cart. n.n. e AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano, Sanità, 1847*, cart. n.n.). Sempre all'inizio degli anni quaranta due nuovi cimiteri furono costruiti anche nei paesi di Bondo e Breguzzo nelle Giudicarie (MOGNASCHI, 1988, pp. 66-67).

[35] BCT, *Archivio consolare*, ms 3989, *Atti civici.*

[36] BCT, *Archivio consolare*, ms 3987, *Prodotte degli Atti Civici dai 19 luglio 1804 fino li 18 giugno 1805*, tomo I.

previste, intimava di non lordare il suolo pubblico. Il delegato di Salé, frazione vicino a Povo, nel sollecitare l'intervento superiore a fronte di una situazione a suo dire insostenibile, si diceva convinto che senza l'applicazione delle previste multe i suoi çompaesani non avrebbero mai smesso di accumulare con parsimonia e sommo zelo il letame, contravvenendo così ai principi sia di sanità sia di «ornato pubblico»[37]. Oppure, altro provvedimento, quello adottato ancora dal giudizio distrettuale di Civezzano il 25 ottobre 1828 nei confronti degli abitanti di Miola ai quali veniva ingiunto di provvedere entro un mese alla pulizia del fondo della fontana pubblica, all'incanalamento dello scolo d'acqua, alla selciatura delle strade, all'allontanamento dei letamai e all'interramento dei cessi[38]. L'ordine mirava ad interrompere definitivamente l'«annuale riprodursi» di un morbo a carattere epidemico.

Altro avviso esemplare è quello emanato dal Magistrato politico-economico di Trento il 30 ottobre 1831, che, in sintonia con quanto disposto dalla normativa italica del 16 gennaio 1811, circa la distanza delle fabbriche e degli stabilimenti fonte di «odore malsano od incomodo» dall'abitato[39], faceva divieto di «ammollare il pesce baccalà» nei «locali

[37] AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Polizia, 1821*, cart. n.n.

[38] AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Polizia, 1834*, cart. n.n.

[39] «Anche le fabbriche ed altri stabilimenti che spargono un odore malsano od incomodo non possono essere eretti senza una permissione dell'autorità amministrativa. Tali fabbriche o stabilimenti sono divisi in tre classi: la prima comprende quelli che debbono essere lontani dalle particolari abitazioni; la seconda quelli, la di cui lontananza dalle abitazioni non è rigorosamente necessaria, ma dei quali importa nulladimeno di non permettere la erezione che dopo di essere stati assicurati che le operazioni che vi si fanno siano eseguite in modo di non incomodare i proprietari del vicinato, e di non recare loro danno alcuno; nella terza classe sono posti quegli stabilimenti che possono senza inconveniente rimanere presso le abitazioni, ma che debbono restare sotto la sorveglianza della Polizia ... Le disposizioni del citato Decreto italiano 16 gennaio 1811 debbonsi osservare anche riguardo ai macelli ...» (AST, *Capitanato circolare di Trento, Casa trovatelli*, cart. 570, *Estratto dalle instituzioni di diritto pubblico interno pel Regno Lombardo-Veneto*).

interni della Città ed in mezzo all'abitato» a causa delle «putride esalazioni animali alcaline»[40].

È evidente che da tutti questi provvedimenti ed altri ancora, parti di un elenco lunghissimo, ci si attendeva come principale risultato più l'innesco di un'attitudine alla pulizia e di una familiarità ai valori connessi che non l'episodica ed immediata obbedienza ad un ordine.

La battaglia contro le esalazioni non si arrestava, tuttavia, all'interno dei luoghi abitati, ma si allargava a tutto il territorio, interessando in particolar modo le zone paludose esistenti non solo nei dintorni della città di Trento, come si è visto in precedenza, ma anche in altre sue parti[41].

Quale fattore di rischio ciò comportasse per la salute umana non era affatto sconosciuto neppure alla popolazione locale, o almeno a quella della Val dell'Adige, che, secondo la testimonianza del medico civico di Trento Luigi Bevilacqua[42] e molto più tardi dell'altro medico trentino Leopoldo Pergher[43], era solita durante i mesi dell'estate, in coincidenza

[40] BCT, *Archivio comunale moderno, Sanità, XXIII, 1831*, cart. n.n.

[41] Da Bolzano a Lavis tutte le terre intorno all'Adige erano paludose «poiché da per tutto – scrive Ignazio Leporini sul finire del Settecento – si veggono fetide e limacciose acque ferme, e fossi di scolo pure, o stagnanti, o dotati di un moto troppo lento, che non è bastante ad impedire la fermentazione. Laonde non deve ripetersi l'insalubrità nel caso nostro da viziose esposizioni ai venti, non dalla poca popolazione, né da altre siffatte cause; ma dalla sola cattiva direzione delle acque tenute finora, nelle quali poi operano con più efficacia li scirocchi, quali empiono i corpi d'umido, lento, torpido, e maligno, onde l'Estate ne provengono agli abitatori epidemie pericolose, e lunghe febbri terzane» (LEPORINI, [1784?], p. 10).

[42] BCT, *Archivio comunale moderno, Sanità, XXIII, 1829*, cart. n.n.

[43] «Per la febbre intermittente che allora [secolo XIX] era dimorante nel paese è necessario ricordare che prima che venisse regolato razionalmente il corso dell'Adige esso formava nelle parti basse della valle larghe paludi e acquitrini quali a Mezzocorona, Zambana, Campo Trentino, Mattarello, Acquaviva, Calliano, Volano, ecc. nelle quali pullulavano gli anofeli e con essi il plasmodio della malaria ed è mio ricordo personale che a Besenello a mezza costa sul rovescio della Vigolana (Scameppia) esistevano molte piccole casotte primitive dette anche Scarracceri che servivano per l'alpeggio durante i mesi estivi, ma anche come soggiorno

della monticazione del bestiame, cercar riparo a più alta quota.

Opere di bonifica erano già state intraprese, soprattutto in Valsugana, fin dalla seconda metà del Settecento e proseguirono nel secolo successivo. La zona vicino a Pergine fu bonificata a partire dal 1779[44]; quella nei pressi di Levico all'inizio dell'Ottocento[45]; quella adiacente a Borgo Valsugana in un periodo di poco successivo[46]; di analogo intervento si parla infine nel 1830 per una zona paludosa a ridosso del paese di Rallo in Val di Non[47]. Poco o quasi nulla si continuò a fare, invece, per quasi tutto l'Ottocento, per migliorare la situazione nella vallata dell'Adige.

«La parte della vallata più vicina all'Adige – testimonia il viaggiatore francese Frederic Mercey ancora nel 1837 – è lontana dall'essere così ricca e così fertile come quella ... [fra Trento e Rovereto]. Delle inondazioni la devastano frequentemente e, in seguito a queste inondazioni, le acque, che non si ritirano mai completamente, formano delle grandi paludi che si estendono lungo le due rive del fiume su uno spazio assai grande. Sono gli inconvenienti della vicinanza di un fiume o piuttosto di un torrente impetuoso come l'Adige che serve di scolo a tanti ghiacciai. Pochi anni fa ci si

per le donne ed i bambini nei mesi del grave caldo per sottrarli alle temute febbri d'agosto. Dopo la regolarizzazione dell'Adige ... quella sciagura è scomparsa, per non apparire che fugacemente durante la prima guerra mondiale nei luoghi più vicini dell'Adige quando arrivarono sul fronte del Trentino le truppe austriache provenienti dalla Bosnia e dalla Serbia, infestate di malaria» (BCT, ms 5464, f. 92). Leopoldo Pergher fu per lungo tempo direttore sanitario dell'ospedale civile Santa Chiara di Trento nella prima metà del secolo XX.

44 FORENZA, 1978.

45 BMFI, ms 4322, Descrizione topografico-statistica del distretto di Levico del 1834 e LEONARDI A., 1990, pp. 26-27

46 BMFI, ms 4322, Descrizione topografico-statistica del distretto di Borgo del 1835.

47 BCT, *Archivio comunale moderno*, *Sanità*, *XXIII*, *1830*, cart. n.n. Il Magistrato politico-economico di Trento fu incaricato dal Capitanato circolare di Trento in questo stesso anno di farsi interprete presso il conte Spaur del desiderio espresso dagli abitanti di Rallo di vedere al più presto «disseccata» un'area di cui era comproprietario con il barone Cristani.

preoccupò seriamente di canalizzare le sue acque e, così facendo, prosciugare e porre a coltura i terreni paludosi che si estendono fra Trento e Bolzano e che rendono molto malsana questa parte della valle. Lo Stato, con questi lavori, avrebbe riconquistato più di una ventina di arpenti di terra eccellente (come tutte le terre alluvionali), e pochi anni sarebbero stati sufficienti per eseguire questo grande progetto. Ma sono venuti a mancare i fondi e questa impresa, utile sia dal punto di vista agricolo che sanitario, è stata abbandonata. Così si continuano ad importare in queste contrade i grani del veronese e del bergamasco, e a vivere con la febbre!»[48].

L'eliminazione su vasta scala di ogni rischio per la salute umana implicava, così, sul fronte delle estensioni paludose, una radicale trasformazione del paesaggio di fondovalle e delle attività economiche ad esso connesse.

L'intervento volto a prevenire le situazioni a rischio per la salute umana non poteva evidentemente arrestarsi al controllo delle tante cause «occasionali» di miasma, ma puntava con crescente energia alla correzione delle cattive condizioni di vita, ritenute in parte causa di situazioni oggettive e in parte risultato di «convinzioni e consuetudini errate».

Si nutrivano pochi dubbi sul fatto che simili condizioni favorissero la propagazione delle peggiori malattie e più di tutto contribuissero alla degenerazione delle qualità umane. Le autorità politico-amministrative, dunque, anche sull'onda di eventi particolarmente luttuosi quali la comparsa sulla scena europea del colera, tesero a potenziare la sorveglianza e ad emanare sempre più dettagliate disposizioni nei diversi settori, da quello dell'abitazione a quello dell'alimentazione.

Nel primo caso valga un esempio per tutti: i tanti interventi riparatori ordinati al termine delle ispezioni disposte per il distretto di Trento dal Magistrato politico-economico di Trento il 27 agosto 1831 e condotte casa per casa fra il 1831 e il 1832[49]. I vari proprietari furono invitati dalle Deputazio-

[48] MERCEY, 1988, *Viaggio attraverso il Tirolo*, p. 91. Al progetto d'incanalamento del fiume Adige aveva già accennato nel 1806 il viaggiatore VON STERNBERG, 1806, p. 34 citato in MARSILLI, 1985, p. 635.

[49] È stato possibile risalire alla data di questo ordine e al suo contenuto

ni incaricate ad eseguire urgentemente più di un lavoro, fra i quali la costruzione o la sistemazione dei cessi, la rimozione di ogni discarica, la pavimentazione delle soffitte, il livellamento dei pavimenti interni ed esterni, l'imbiancatura dei muri, il ripristino delle scale di accesso ai vari piani, nonché la costruzione dei camini in muratura[50]. Quest'ultima misura in particolare si prefiggeva una duplice finalità: ridurre i rischi d'incendio e facilitare la fuoriuscita e la dispersione dei fumi del focolare.

Quanto poi incidessero queste disposizioni e se fossero realmente rispettate è una questione tutta da indagare, ma certamente dietro ad esse si agitava una diversa concezione sia dell'uso sia della funzione sociale dell'abitazione, cui si riconduceva anche un mutato modello di organizzazione familiare[51] fondato sul nuovo ruolo della casalinga[52].

Altre disposizioni cercarono di regolamentare alcune abitudini alimentari. Fra queste il consumo di frutta o prodotti agricoli non perfettamente maturi.

Un avviso reso noto dal podestà di Riva del Garda il 10 maggio 1811 proibiva la vendita di frutta fresca non perfettamente matura[53], così come un ordine del Capitanato circolare di Trento del 23 agosto 1836[54]. Un altro ordine del 21 agosto 1843, emanato dal Capitanato circolare di Rovereto, ribadiva analogo principio[55], mentre una circolare del 29 settembre 1850 di questa stessa carica invitava i parroci a far opera di convincimento presso i contadini, affinché rinviassero la raccolta dei «prodotti del suolo» ancora im-

in base ai verbali consegnati al Magistrato politico-economico di Trento dalle varie Deputazioni comunali di sanità (BCT, *Archivio comunale moderno, Sanità, XXIII, 1831*, cart. n.n.).

[50] BCT, *Archivio comunale moderno, Sanità, XXIII, 1831*, cart. n.n.

[51] SHORTER, 1978.

[52] LEWIS (ed), 1989.

[53] ACR, *Atti riguardanti la sanità*, cart. 45.

[54] AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità, II, 1836*, cart. n.n.

[55] AST, *Capitanato circolare di Rovereto, Sanità, 1843*, cart. 339.

maturi a causa dell'inclemente stagione[56]. Un altro esempio, infine, è quello fornito dall'avviso pubblicato nel 1823 dal giudizio distrettuale di Vezzano col quale si proibiva la raccolta e la vendita delle «nocciuole immature»[57]. Altre norme parlavano esplicitamente di autorizzazione politica per poter dar inizio alla raccolta, come ad esempio nel caso delle biade[58].

Ricorrente è anche la preoccupazione per l'ingestione di vegetali tossici e in particolare di funghi. A più riprese, prendendo spunto da alcuni gravi episodi di cronaca[59], le autorità politico-amministrative invitarono la popolazione a prestare maggiore attenzione nella loro raccolta e raccomandarono prima di ogni consumo la preventiva ispezione da parte di «esperti conoscitori». Una circolare del Capitanato circolare di Trento del 30 dicembre 1820 incaricava i vari uffici giudiziali «d'invigilare che non si portino e si vendono sulle pubbliche piazze, che quelle specie di funghi che sono riconosciuti da tutti per innocui, e di ordinare ai curatori d'anime del proprio distretto di avvertire il popolo dall'altare di non raccogliere e di non cibarsi d'altra sorte di funghi, che di quelli, che sono riconosciuti generalmente buoni»[60]. In qual-

[56] AST, *Capitanato circolare di Rovereto, Sanità*, cart. 447.

[57] AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano, Sanità, 1823*, cart. n.n.

[58] *Raccolta delle leggi provinciali*, dal 1.mo gennaio sino all'ultimo giugno MDCCCXVII, pp. 323-324.

[59] Nel 1820 perirono a Montagnaga di Piné una donna incinta al terzo mese e le sue tre figlie. Lucia Zeni, questo il nome della sventurata, «spenta da straordinaria voglia di mangiare dei fongi, contro la volontà della suocera e del marito, si portò in traccia dei medesimi, e ritornata a casa con qualche quantità si mise a cuocerli, ed indi a mangiarli insieme alle proprie figlie, nonostantecché fosse stata rimproverata dalla suocera che non erano buoni, e che li gettasse via» (AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Polizia, 1820*, cart. n.n.). In questo stesso periodo muoiono a causa dei funghi velenosi anche due bambini di Portolo nel giudizio distrettuale di Pergine (AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità, 1821*, cart. n.n.), mentre nel 1837 si registra la morte per avvelenamento da *spongiole* di quattro individui di Capriana, fra i quali tre fanciulli (AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano, Sanità, 1840*, cart. n.n.).

[60] AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità, 1821*, cart. n.n. Un'altra circolare del 24 agosto 1827 sollecitava un maggiore impegno da

che caso non si mancò neppure di suggerire l'accorgimento di cottura utile ad eliminare la presenza di eventuali tracce di veleno. Un avviso del 1837 suggeriva di mangiare le *spongiole* solo dopo una lunga cottura in abbondante acqua[61].

Ma sembrano soprattutto i bambini i soggetti più esposti ai rischi di avvelenamento accidentale, al punto di suggerire delle apposite inchieste, come nel 1822, dirette ad accertare quale genere di bacche potessero causare «cattive e funeste conseguenze» nei fanciulli qualora ingerite inavvertitamente. Fra le risposte pervenute, quella del giudizio distrettuale di Vezzano indicava le bacche del giusquiamo, dell'atropa belladonna e del sambuco[62]. Sulla base di questa ed altre segnalazioni pervenute fu così diramata una circolare con cui il Capitanato circolare di Trento invitava i maestri delle scuole ad istruire adeguatamente i propri scolari sul modo di riconoscere alcune piante ed erbe palesemente pericolose[63], fra le quali veniva indicata, in particolare, la cicuta poiché le sue foglie e le sue radici erano spesso confuse rispettivamente con il prezzemolo e le carote[64]. In alcuni casi si giunge al punto di ordinare anche l'estirpazione delle piante incriminate[65].

parte medica nello studio delle diverse qualità di funghi e sul modo in cui trattare i casi di avvelenamento (ACT, *Normali, 1827*). Si colloca in questo quadro la nota di FAES, 1845.

[61] AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano, Sanità, 1840*, cart. n.n.

[62] AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano, Sanità, 1822*, cart. n.n.

[63] AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità, 1822*, cart. n.n.

[64] Il medico Baldassarre Pedrini testimoniava, ad esempio, in un suo rapporto al giudizio distrettuale di Vezzano del 18 novembre 1822, di aver curato in più occasioni «persone avvelenate per aver mangiato per isbaglio delle radici di cicuta invece della pastinaca o le foglie di questa pianta invece del prezzemolo» (AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano, Sanità, 1822*, cart. n.n.). Già nel 1817, una circolare diffusa dal Capitanato circolare di Trento aveva sollecitato una maggiore informazione alla popolazione sui rischi connessi all'innavertita ingestione della cicuta o «tabacchina» (AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità, 1817*, cart. n.n.).

[65] Un simile provvedimento fu preso nel giudizio distrettuale di Civezzano, dove fu ordinato nel 1822 di eliminare le piante di giusquiamo (AST, *Giudizio distretuale di Civezzano, Sanità, 1822*, cart. n.n.).

Altra eventualità particolarmente temuta sul versante dell'alimentazione e non sottaciuta dalla normativa è il consumo di carni prelevate da bestie decedute per morbo. Un decreto governativo del 13 settembre 1829 stabiliva che l'uso delle carni di bestie «crepate» dovesse essere autorizzato preventivamente da un medico approvato[66]. S'insisteva in particolare sul progetto di attivare in ogni paese o distretto la figura dello scorticatore chiamato a svolgere funzioni di visitatore delle carni[67] e più nello specifico a sorvegliare l'esatta applicazione delle norme che proibivano ogni tipo di utilizzazione della bestia vittima d'infermità contagiosa[68]. A ciò si collega anche l'inaugurazione a Milano nel 1834, presso l'istituto veterinario, di uno speciale corso per esaminatori delle carni[69]. Nella normativa si rivolgevano, infine, numerosi avvertimenti alla popolazione affinché si astenesse dal consumo di prodotti derivati dal latte irrancidito e prestasse particolare attenzione allo stato dei recipienti utilizzati per la cottura e la conservazione dei cibi.

Un'«ordinazione concernente la vendita di veleni, il traffico di merci, ed erbe velenose, l'uso dei vasi di cucina, da tavola, e da bere, di lavoro da pentolajo, di rame, e di ottone, e finalmente la falsificazione delle bevande», pubblicata il 18 dicembre 1829, insediava speciali commissioni giudiziali incaricate di visitare annualmente le rivendite autorizzate di veleni, le drogherie, «i trafficanti di prodotti chimico-farmaceutici», i «negozianti d'erbe», ma soprattutto le locande e le osterie per verificare che i recipienti in rame utilizzati per cucinare o conservare i cibi fossero perfettamente stagnati[70].

[66] BCT, *Archivio comunale moderno, Sanità, XXIII, 1829*, cart. n.n.

[67] A tal proposito si veda l'*Istruzione per la visita degli animali e delle loro carni*, 1845.

[68] *Raccolta delle leggi provinciali*, MDCCCXVIII, pp. 851-854.

[69] L'istruzione per «esaminatori delle bestie e delle carni da macello» era articolata in dodici lezioni e fu introdotta con il nuovo ordinamento dell'istituto di veterinaria del 25 ottobre 1834 (ASM, *Studi p.m.*, cart. 1219).

[70] BCT, *Archivio comunale moderno, Sanità, XXIII, 1830*, cart. n.n.

L'obbligo di stagnare i recipienti in rame si riconduceva ad un'ordinanza aulica del 14 aprile 1771, rinnovata il 2 agosto 1773 e infine nuovamente pubblicata per il Tirolo il 28 marzo 1816[71].

Parlando di alimentazione non mancano ovviamente i riferimenti alle bevande, fra le quali il principale bersaglio appare il vino di infima qualità. Una circolare governativa del 10 febbraio 1821, ma non è che uno dei tanti provvedimenti, proibiva la preparazione di bevande vinose utilizzando la feccia o i vini di qualità inferiore[72].

L'acqua, invece, divenne oggetto di normativa solo in prospettiva del cattivo uso delle fontane pubbliche e dello stato di conservazione di quella imbottigliata, il cui uso iniziò a diffondersi particolarmente in città[73]. Nel primo caso si cercò di porre rimedio pubblicando specifici avvisi sul tipo di quello emanato nel 1827 dal capo-comune di Besenello col quale si rammentava il divieto di porre a bagno nelle vasche qualsiasi tipo di materiale e tanto meno di lavarvi «trippe d'animali, o carne d'ogni specie, come pure le colarole o ramine dal latte e così ogni altra cosa imbrattata di sterco o di latte d'animale»[74]. Quanto alle acque in bottiglia si suggerirono sistemi di chiusura più perfezionati e controlli nei depositi sulle partite in giacenza.

Nel 1812, la Commissione di sanità del Dipartimento dell'Alto Adige ordinò, su proposta del dottor Mattassoni e in riferimento alla fonte di Rabbi, che le bottiglie fossero riempite immergendole nell'acqua e successivamente chiuse con

[71] *Raccolta delle leggi provinciali*, dal 1mo gennaio sino all'ultimo aprile MDCCCXVI, pp. 623-626.

[72] AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità, 1821*, cart. n.n.

[73] L'approvvigionamento di acqua 'pura' costituiva sicuramente un grave problema per la città di Trento dove ancora a metà secolo si usava come acqua corrente quella «stagnante dei pozzi, malsana e corrotta da principi sulfurei ed azotati» (BCT, ms 5523, *Ricordi delle istituzioni sanitarie e di medici trentini fino alla fine dell'800 scritti dal dottor Leopoldo Pergher*).

[74] ACB, *Tasse e varie, 1827*, cart. n.n.

del sughero suggellato in due tempi con una miscela di pece, resina e cera[75]. Nel 1824 il Capitanato circolare di Trento tornò sull'argomento consigliando per imbottigliare lo stesso tipo di recipienti già in uso a Recoaro ed ora in vendita anche presso un commerciante di Trento[76]. Dieci anni dopo un nuovo decreto emanato nel giugno del 1834 dal Capitanato circolare di Trento faceva divieto di utilizzare vasi di terra per il trasporto delle acque di Rabbi e di Pejo[77]. Un ulteriore decreto governativo del 26 marzo 1852 rammentava infine ai «proprietari o conduttori dei relativi stabilimenti» le principali regole da seguire nell'otturazione delle bottiglie[78]. Il sughero doveva essere della migliore qualità e riportare sulla estremità interna, marchiato a fuoco, il nome della sorgente. Inoltre una lamina di stagno, applicata intorno alla parte superiore del collo della bottiglia e con impresso il nome del proprietario e l'anno d'imbottigliamento doveva ricoprire esternamente il turacciolo a sua volta protetto con della pece. La continua reiterazione di queste norme non servì, tuttavia, a migliorare la qualità spesso «cattiva» delle acque imbottigliate poste in vendita nei negozi. Una normale delle Reggenza del Tirolo italiano del 3 giugno 1852, constatato che in diversi luoghi della città di Trento si vendevano acque acidule di Rabbi e di Pejo in bottiglie «mal otturate», ordinava al Magistrato politico-economico di Trento una visita a tutti i depositi di

[75] RUATTI, 1931, p. 51.

[76] AST, *Giudizio distrettuale di Malé, Acque acidule di Rabbi, 1818-1859*, cart. 81. Per la chiusura doveva adottarsi il metodo ideato da un certo Luigi Merlo che consisteva «nel chiudere la bottiglia con un turacciolo di sovero, sovrapponendovi una capsula di piombo avente alla superficie esteriore lo stemma imperiale circondato dalla leggenda Acque medicinali di Recoaro, ed all'intorno la leggenda Garanzia pubblica; la qual capsula viene coll'opera di apposite macchine previamente compressa ed immedesimata nel collo della bottiglia mediante un canaletto opportunamente preparatovi, indi strettamente legato a doppio filo di ferro incastrato nello stesso canaletto» (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1823*, Z. 11433).

[77] AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità, 1834*, cart. n.n.

[78] ACT, *Sanità, XXIII, 1852*, cart. 605.

acque minerali della città e il sequestro immediato di tutte le bottiglie avariate[79].

Ben più gravi minacce, tuttavia, accomunate dalle accuse di ignoranza, pregiudizi, errati convincimenti, opinioni e comportamenti contrari al moderno dettato della scienza medica, rischiavano quotidianamente di compromettere l'integrità fisica della popolazione. Per farvi fronte adeguatamente si puntò con crescente impegno ad una sistematica azione pedagogico-correttiva veicolata in parte, come si è visto, da leggi, avvisi e regolamenti e in parte da un'agguerrita pubblicistica, che, sfruttando la favorevole situazione data da un valore di alfabetizzazione sicuramente maggiore di altre zone[80], suggeriva alla popolazione uno stile di vita più consono al nuovo *regimen sanitatis* d'ispirazione medico-scientifico. È il caso emblematico dell'opera *Uberto ossia le serate d'inverno pei buoni contadini* scritta dal religioso Francesco Tecini (già autore nel 1805 dell'*Omelia contro i pregiudizi che ancora s'oppongono alla vaccinazione*). In quest'opera l'autore immaginava l'ambiente del *filò* e suggeriva per bocca del saggio contadino Uberto gli argomenti da trattare in queste lunghe serate trascorse al chiuso in compagnia di familiari e vicini. In luogo di «assurde favole», con le quali «qualche vecchia fanatica piena di pregiudizi ... empie il capo [dei fanciulli] d'errori e di vane paure»[81], la conversazione veniva così orientata sull'insegnamento di una serie di utili ed elementari precetti nel campo della medicina, dell'igiene, dell'agricoltura e via dicendo. Uscita la prima volta nel 1817 presso l'editore Monauni, l'opera del Tecini conobbe fino al 1853 ben cinque edizioni via via accresciute[82].

[79] ACT, *Sanità, XXIII, 1852,* cart. 605.

[80] È indubbio che il progetto di ordinamento scolastico avviato da Maria Teresa nei territori austriaci fin dal 1774 contribuì ad elevare il tasso di alfabetizzazione e con esso il numero di persone in grado di leggere e scrivere. Si vedano sull'argomento, relativamente al Trentino, LEONARDI E., 1959; BERTASSI, 1989; RIGHI, 1978.

[81] TECINI, 1817, p. 7.

[82] TECINI, 1817. Le successive edizioni sono del 1823, del 1852 e del 1853. L'opera sfruttava la consueta formula del dialogo indiretto tra

Esistono poi i «precetti salutari» pubblicati in periodo di colera. In questo caso era la difesa dal terribile morbo a fornire il pretesto per diffondere una serie di consigli che riproponevano i medesimi contenuti[83].

Altro strumento, infine, sono le opere divulgative a diffusione prevalentemente locale compilate da medici. Fra queste gli *Avvertimenti al popolo per vivere lungamente sano di corpo e di mente* editi oltre mezzo secolo dopo la prima uscita di *Uberto*. In essi il medico Leonardo Cloch forniva alcune chiare e sintetiche nozioni sul modo migliore di preservare l'esistenza curando l'abitazione, l'alimentazione, lo sforzo lavorativo e la tensione emotiva[84].

La politica di tutela della salute pubblica affidava senz'altro molte delle sue aspettative di successo alla nuova arma della prevenzione, ma tradiva nella sostanza un obiettivo ben più ambizioso della sola «regolare moltiplicazione della popolazione», ossia quello di farsi interprete e portavoce di quei nuovi valori comportamentali espressione di una società in fase di rapida trasformazione.

Altri strumenti, però, più squisitamente medici, dovevano intervenire nel nuovo secolo a sostenere quest'ambizioso progetto.

2. *La vaccinazione, ossia la nuova prospettiva della prevenzione*

Nel 1801 l'editore Monauni di Trento dava alle stampe un'opera dedicata ad una nuova e rivoluzionaria scoperta. Si trattava di uno scritto del Colladon, membro della Reale Società di Edimburgo, in cui si propagandava la vaccinazione jenneria-

parroco e contadino, analoga a quella utilizzata nel più noto scritto di Luigi Crico, *Il contadino istruito dal suo parroco* (BERNARDI U., 1986, p. 328).

83 CALDERINI, 1835.

84 CLOCH, 1871.

na come lo strumento più sicuro ed efficace di prevenzione contro il vaiolo[85]. L'opera, tradotta dall'inglese da Giovanni Mazzonelli, futuro medico dell'ospedale civile di Santa Chiara e membro della Commissione dipartimentale di sanità[86], era comparsa pressoché contemporaneamente all'invio in Trentino, da Venezia, di alcune penne di vaccino[87].

A distanza di circa un paio d'anni dal momento in cui il medico Jean de Carro aveva sperimentato per la prima volta a Vienna, su due propri figli, il fluido jenneriano[88], prendeva così forma, anche nella ristretta fascia di territorio trentino, una seria e concreta iniziativa a favore della vaccinazione[89]. Il 23 maggio 1801 il chirurgo Bernardino Tacchi operava la prima vaccinazione a Rovereto. Pochi giorni dopo, il 4 giugno, interveniva per la seconda volta su una propria figlia di appena 15 giorni. Alla data del 28 ottobre 1806 risultavano registrate a nome suo 194 vaccinazioni, ma una stima più reale parla di circa 400[90]. Il 10 luglio 1801 fu la volta del medico Benigno Canella che sperimentò l'intervento a Riva del Garda[91]. Più a nord, nella zona di Mezzocorona, inaugu-

[85] COLLADON, 1801. Si è risaliti al nome del traduttore grazie alla nota di possesso posta sul frontespizio della copia depositata presso la Biblioteca comunale di Trento: «oggidì 26 giugno 1801 mi fu regalato dal traduttore sig. dott. G.B. Mazzonelli».

[86] Giovanni Mazzonelli fu anch'egli fra i membri della loggia massonica attiva a Trento fra il 1812 e il 1813 (ZIEGER, 1925, pp. 205-206).

[87] BERCÉ, 1984, p. 26.

[88] BERCÉ, 1984, pp. 20-21.

[89] Esiste oramai una vasta bibliografia sulla storia della vaccinazione. Molte indicazioni sono fornite dallo stesso BERCÉ, 1984, pp. 327-336. Vorrei, comunque, segnalare RAZZELL, 1977; DARMON, 1982; GOUBE, 1985, pp. 67-77; HUERKAMP, 1986. Relativamente alla penisola italiana vanno invece ricordati BELLONI, 1973, e BERCÉ, 1985.

[90] TLAI, *Jüngeres Gubernium*, *Sanität*, *1808*, Fasz. 2423.

[91] ACR, *Atti riguardanti la sanità*, cart. 45. Il Canella eseguì la sua prima vaccinazione il 10 luglio 1801 sopra due figli di Gian Michele de Torresani. Costui, ricordando l'episodio, rivolse il 26 giugno 1804 una propria supplica all'Ufficio circolare di Rovereto affinché fosse usata maggior cura nel sostenere e propagandare questa salutare pratica (TLAI, *Jüngeres Gubernium*, *Sanität*, *1804*, Fasz. 2416).

rarono la nuova pratica il medico Giovanni Francesco Gottardi e suo figlio Pietro, chirurgo. In pochi anni la praticarono a circa 600 persone[92].

La vaccinazione era destinata, tuttavia, a uscire quanto prima dal ristretto ambito dell'iniziativa privata. Le autorità di governo non tardarono a mostrare il proprio interesse nei confronti di una sua più larga diffusione[93].

Tre specifiche prescrizioni emanate dal sovrano austriaco il 20 marzo 1802, l'1 luglio 1803 e il 13 giugno 1804 riguardarono, infatti, il modo di «estendere e promuovere l'innesto della vaccina»[94]. Un provvedimento dell'11 agosto 1804, pubblicato dal governo tirolese, proibì, inoltre, in accordo con quanto già stabilito nel Regno d'Italia da un decreto del 5 novembre 1802[95], il ricorso all'innesto del vaiolo umano se non in casi del tutto eccezionali e comunque solo in «case remote e isolate di campagna, onde impedire la comunicazione e l'infezione delle contigue contrade»[96].

Il successivo governo bavaro accrebbe ulteriormente il pro-

[92] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1805*, Fasz. 417, Z. 2103. Giovanni Francesco Gottardi tradusse e pubblicò a proprie spese CANESTRINI, [1802], edito originariamente ad Innsbruck sempre nel 1802 e successivamente indicato dall'ordine provinciale bavarese del 24 marzo 1807 come utile supporto per la corretta informazione di ogni medico o chirurgo vaccinatore.

[93] Un invito in tal senso era stato rivolto astrattamente a tutti i governi da SACCO, 1803. Sulle componenti ideologiche e politiche dell'interesse nei confronti della vaccinazione si vedano MARCOVICH, 1986 e MALAMANI, 1989.

[94] Il riferimento a queste tre specifiche normative è contenuto nella circolare del governo del Tirolo del 18 aprile 1816 con cui veniva introdotto anche in questa provincia dell'Impero il regolamento per la vaccinazione approvato dalla Cancelleria aulica il 28 gennaio 1808.

[95] *Bollettino delle leggi della Repubblica italiana*, [1803], pp. 420-421.

[96] BCT, ms 5592/1, circolare dell'Ufficio circolare ai confini d'Italia del 5 settembre 1804. L'innesto del vaiolo umano, ancora «consentito» dal regolamento sulla vaccinazione del 1808, fu espressamente vietato in quello successivo del 1836 poiché ritenuto «molto contagioso». Nell'Inghilterra stessa, dove fu condotta una campagna generale d'innesto ancora nel 1806, simile provvedimento giunse solo nel 1840 (RAZZELL, 1977).

prio impegno in questa direzione. A fronte dei tanti ostacoli, rese la vaccinazione obbligatoria[97]. Questa, promossa con l'ordine sovrano di Massimiliano Giuseppe del 27 agosto 1807[98] a vero e proprio programma sanitario di stato, doveva essere eseguita almeno due volte l'anno e comprendere tutti i bambini che alla data dell'1 luglio avessero compiuto l'età di tre anni. Per un migliore adempimento del dettato legislativo era inoltre previsto che i parroci, in base ai registri parrocchiali, comunicassero di volta in volta alle competenti autorità il nominativo di quanti avevano raggiunto l'età prescritta. Il rifiuto da parte dei genitori sarebbe stato punito con una multa variante, a seconda del reddito, fra l'uno e gli otto fiorini per ciascun individuo non vaccinato, ulteriormente elevabile fino ad un massimo di trentadue fiorini nel caso di un fanciullo dell'età di dodici anni. Nella malaugurata ipotesi, infine, che il bambino volontariamente sottratto dai genitori alla vaccinazione contraesse il vaiolo naturale era contemplato anche l'arresto dai tre ai sei giorni dei responsabili.

La legge del 26 agosto fu presto applicata sulla base dei precedenti ordini provinciali del 24 marzo 1807[99] e del 17 luglio 1807[100] con cui erano stati fissati rispettivamente i

[97] L'introduzione per legge di un simile obbligo in Europa si deve per la prima volta ad un decreto del 25 dicembre 1806 voluto dalla principessa Elisa Bonaparte Baciocchi, che lo impose per il territorio di Lucca (BERCÉ, 1985, p. 600).

[98] «Foglio d'avvisi per il Tirolo Meridionale», 1807, n. 39, pp. 181-186. A questa legge va aggiunta l'«Istruzione per i medici autorizzati per l'avvenire all'innesto della Vaccina nelle Regie Provincie Bavaresi» («Foglio d'avvisi per il Tirolo Meridionale», 1807, n. 41, pp. 197-199) e la nomina dei medici vaccinatori provinciali del 4 novembre 1807 («Foglio d'avvisi per il Tirolo Meridionale», 1807, n. 49, p. 259) che assegnò tale incarico per il Tirolo al professor Keesbacher d'Innsbruck. Successivamente, tuttavia, una nuova disposizione emanata dal Ministero dell'Interno il 20 marzo 1809 attribuì al solo dottor Giel in Monaco le incombenze precedentemente rivestite dai medici vaccinatori provinciali e in particolare quella di rifornire tutti i medici vaccinatori del Regno della necessaria materia fresca per vaccinare («Foglio d'avvisi per il Tirolo Meridionale», 1809, n. 24, p. 219-220).

[99] «Foglio d'avvisi per il Tirolo Meridionale», 1807, n. 18, pp. 77-79.

[100] Il riferimento al dispaccio del 17 luglio 1807 è contenuto, ad esem-

criteri organizzativi e la divisione dei vari circoli in distretti di vaccinazione. Ai fisici circolari, fermo restando la supervisione esercitata sull'intera provincia dal protomedico del Tirolo, competeva la direzione dell'opera di vaccinazione nei rispettivi circoli e l'incarico prioritario di scegliere fra medici, chirurghi ed eventualmente anche parroci i soggetti più idonei a compiere gli interventi. Ad ogni ufficiale vaccinatore competeva l'obbligo di compilare regolarmente sia le tabelle dei vaccinati sia gli attestati di vaccinazione. Inoltre doveva visitare i vaccinati almeno tre volte dopo l'intervento per controllare gli sviluppi dell'innesto e procedere eventualmente a nuova vaccinazione in caso di esito dubbio o negativo della prima. Il carico di spesa dell'intera operazione ricadeva integralmente sulle varie comunità che avrebbero dovuto pagare al vaccinatore la somma di 24 o 48 carantani per ogni individuo vaccinato a seconda che questo risiedesse ad una distanza inferiore o superiore all'ora di percorrenza dal luogo di dimora del vaccinatore stesso[101].

L'applicazione di questa legge permise dunque la vaccinazione, nel solo circolo di Rovereto, fra il 31 agosto e il 31 dicembre 1807, di 2790 individui, che, sommati ai 1075 della prima metà dell'anno, formano un dato complessivo annuale – 3865 individui vaccinati – fra i più alti mai registrati in tutta la prima metà del secolo in questo stesso circolo[102]. Identica

pio, nella lettera con cui il 30 agosto 1807 il medico circolare di Rovereto Francesco Galvagni provvedeva ad assegnare ufficialmente a vari medici e chirurghi del proprio circolo l'incarico di delegato vaccinatore (AST, *Rovereto, Giudizio bavaro, Atti politici, 1809*, cart. n.n.). L'applicazione di questa norma e la sua riconferma del 22 dicembre 1807 («Foglio d'avvisi per il Tirolo Meridionale», 1807, n. 52, pp. 285-286) è da collegarsi con la mancata introduzione nella provincia del Tirolo del «Regolamento in forza del quale in ogni Circondario d'un Regio Giudizio Distrettuale» doveva nominarsi un «apposito Fisico distrettuale».

[101] Non mancarono, evidentemente, le contestazioni e i tentativi da parte delle rappresentanze comunali di «risparmiare» sulla spesa. I medici Gio. Batta Berti e Antonio Poli promossero una vertenza contro la comunità di Pilcante a causa dei loro compensi (AST, *Rovereto, Giudizio bavaro, Atti politici, 1809*, cart. n.n.).

[102] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1808*, Fasz. 2423. È da tener

considerazione vale anche per i 5158 individui vaccinati nel solo circolo di Trento fra l'1 aprile e il 30 giugno 1808[103].

Il programma di vaccinazione, forse interrotto a causa delle vicende politiche nel biennio 1809-1810, fu ripreso con rinnovata energia dal governo italico. Fin dal 4 maggio 1811 una circolare del prefetto Agucchi aveva ordinato a medici e chirurghi, in precedenza già assegnati a tale compito dal governo bavaro, di procedere alla vaccinazione della popolazione entro la metà di giugno[104]. Il risultato di questa campagna fu di 16.616 individui vaccinati in tutto il Dipartimento dell'Alto Adige[105]. La normativa dell'1 giugno 1811 regolamentò infine stabilmente la pratica della vaccinazione.

Da questo momento sembra che le campagne di vaccinazione ebbero un andamento regolare, fatta eccezione forse solo per il 1813, altro anno di profondi rivolgimenti politico-militari, e per il 1836, anno di emergenza colerica. Un avviso pubblicato dal nuovo prefetto Dal Fiume l'1 maggio 1812 annunciava il prossimo inizio della vaccinazione[106], mentre una circolare diffusa dal Capitanato circolare di Trento il 20 aprile 1814 comunicava l'arrivo da Monaco di «pus vaccino» con cui «intraprendere nell'andante primavera la generale vaccinazione in tutta l'estensione del Tirolo Meridionale»[107].

Altro passo fu l'estensione anche al Tirolo, nel 1816, della validità del regolamento *per la vaccinazione* già pubblicato in tutti i paesi della monarchia austro-ungarica il 28 gennaio

presente che i dati relativi alla prima metà dell'anno sono sicuramente inferiori alla realtà in quanto non esisteva ancora alcun obbligo di registrazione.

103 TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1808*, Fasz. 2423.

104 ACTi, *Amministrazione comunale, 1700-1820*, cart. 35.

105 ACTi, *Polizia, 1700-1820*, cart. 53, avviso prefettizio dell'1 maggio 1812.

106 ACTi, *Polizia, 1700-1820*, cart. 53.

107 AST, *Normali di Trento, 1813/15*, cart. 2.

1808[108]. Tale regolamento rimase immutato fino al 1836[109].

Secondo questa normativa la sorveglianza sull'andamento generale della vaccinazione in ogni provincia spettava al protomedico, coadiuvato per ogni circolo dai medici circolari. L'intervento di vaccinazione poteva competere solo a medici, chirurghi o medici militari regolarmente approvati e in possesso di speciale licenza superiore. Ogni spesa, infine, era coperta direttamente dal Pubblico erario il quale vi doveva provvedere con un apposito fondo cui si pensò di contribuire, tra il 1819 e il 1821, anche con l'imposizione di una tassa sul matrimonio pari a due fiorini[110]. Nel periodo di secondo governo austriaco si passò così, in tutto il Tirolo, dai 19.115 individui vaccinati del 1820 ai 22.178 del 1839, con una punta massima di 24.781 nel 1824. Relativamente ai due circoli di Trento e Rovereto le quote variarono, invece, negli stessi anni, rispettivamente dai 4617 ai 7741 e dai 3304 ai 2920, con punte massime per Trento proprio nel 1839 con 7741 e per Rovereto nel 1831 con 4004 vaccinati (cfr. tav. 6), in concomitanza con una grave epidemia di vaiolo[111].

108 *Raccolta delle leggi provinciali*, dal 1mo gennaio sino all'ultimo aprile MDCCCXVI, pp. 789-908. L'anno prima, una circolare del 5 luglio 1815, fatta diffondere dal Capitanato circolare di Rovereto, rinnovava la campagna di vaccinazione affidandola ai medici o ai chirurghi già nominati a tal'effetto dalla decaduta Commissione dipartimentale di sanità (AST, *Normali di Trento, 1813/15*, cart. 2).

109 *Raccolta delle leggi provinciali*, dal primo giugno fino all'ultimo dicembre MDCCCXXXVI, pp. 323-416.

110 BCT, *Archivio comunale moderno, Sanità, XIII, 1820*, cart. n.n. Questa tassa, introdotta con risoluzione sovrana del 14 settembre 1818, rimase in vigore fino al 15 gennaio 1821.

111 La rapidità e la violenza con cui si propagò il morbo nel 1831 fornirono il pretesto per sostenere ulteriormente la necessità di proseguire a fondo nell'opera di vaccinazione, ritenuta un «incontrastabile preservativo contro il flagello del Vajuolo». «E infatti – scriveva il podestà di Rovereto in un avviso reso noto il 31 ottobre 1831 – non si potrà non giudicarlo tale, quando si considera che di 196 non vaccinati individui ne morirono de vajuolosa malattia 68, cioè il 35 per cento, e che di 433 vaccinati non ne morirono che solamente 36, cioè l'8 per cento, ed anche questi o per complicazione d'altro male, o per non aver sostenuto il corso regolare della vera vaccina, o per quella particolare fisica disposizione, per cui ha luogo la possibilità, che un individuo può esser anche dal vajuolo attaccato due volte» («Il Messaggiere Tirolese», 1831, n. 89, p. 4).

TAV. 6. *Numero dei vaccinati in Tirolo e Vorarlberg negli anni 1820-1839*[112]

Anno	Inn.	Unt.	Obe.	Pus.	Vor.	Bol.	Tre.	Rov.	Tot.
1819	106	2124	2520	2388	2004	1857	4605	3114	18718
1820	132	2497	2355	2215	2150	1845	4617	3304	19115
1821	190	2387	2410	2702	2414	1738	5545	3165	20554
1822	212	2874	2123	2803	2440	2603	4821	2902	20778
1823	204	2385	2586	3336	2245	1997	5977	3304	22034
1824	211	3020	2663	2730	2931	2727	6827	3672	24781
1825	–	–	–	–	–	–	–	–	–
1826	–	3054	2115	2417	2643	1909	4735	2783	19656
1827	–	1919	2463	2310	2385	2270	5886	3302	20535
1828	–	2503	2328	2509	2547	1607	5688	2752	19934
1829	–	2926	2328	2573	2329	2919	5393	3029	21497
1830	–	2498	2450	2483	2347	3211	5195	2998	20882
1831	–	3230	2209	2130	2385	3211	5195	4004	22364
1832	–	2435	1850	2504	2461	1990	4644	2539	18423
1833	–	2702	2137	2221	2144	1394	4809	2761	18168
1834	–	2033	2163	2016	2288	1587	5061	2593	17741
1835	–	2251	2111	2098	2298	1581	5412	2837	18588
1836	–	2600	2110	2142	2504	1935	7689	700	19680
1837	–	2410	2030	2065	2549	1850	7369	3625	21898
1838	–	2899	2034	2259	2449	2068	6175	3211	21095
1839	–	2789	1983	2191	2829	2025	7741	2920	22178

Evidentemente per una più significativa lettura di tutti questi dati ed una più esatta misura della capacità da parte dell'iniziativa pubblica d'incidere favorevolmente sulla diffusione della vaccinazione, bisognerebbe conoscere anche le cifre dei non vaccinati[113] e dei rivaccinati[114]. Pur così, tuttavia, si ha

[112] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, Sanitätsberichte, 1820-1830*, Fasz. 2438 e *Sanitätsberichte, 1831-1840*, Fasz. 2458.

[113] Ovviamente erano le stesse autorità politico-amministrative a voler conoscere il numero e l'identità dei non vaccinati, il cui censimento si affidava come sempre alla collaborazione dei parroci. È quanto accade, ad esempio, nel 1827 quando in ottemperanza ad un preciso ordine del Capitanato circolare di Trento del 3 aprile, i parroci dell'intera città di Trento fecero pervenire al Magistrato politico-economico di Trento un elenco di ben 604 individui (BCT, *Archivio comunale moderno, Sanità, XXII, 1827*, cart. n.n.). Si ha, comunque, l'impressione che la percentuale di vaccinati fra i nuovi nati fosse piuttosto alta. Un «prospetto della popolazione, dei vaccinandi e dei vaccinati... del circolo di Trento per l'anno militare 1827/8» parla infatti di 5688 vaccinati su 6676 vaccinandi, pari all'85% circa (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1830*, Fasz. 2455, Z. 44).

[114] Dell'opportunità di campagne di rivaccinazione s'inizia a parlare

ugualmente la netta impressione che, indipendentemente dai risultati raggiunti, le energie investite in quest'operazione furono notevoli.

Ma quali furono al di là del dettato legislativo, gli strumenti cui si ricorse per vincere concretamente la caparbia resistenza opposta dalla popolazione al programma di vaccinazione? A parte, infatti, la breve parentesi bavara, in cui la vaccinazione fu introdotta obbligatoriamente e imposta con misure coercitive, anche se non si ha testimonianza della loro effettiva applicazione, i governi francesi ed austriaco si mossero, almeno apparentemente, sull'onda di diversi principi. A fronte delle tante «renitenze» era convinzione diffusa, infatti, che solo la «persuasione, la necessaria istruzione e la rettificazione dell'idea da intraprendere replicatamente con pazienza, e perseveranza» potevano ottenere ciò che la «forza» e la costrizione non avrebbero mai potuto conseguire, producendo al contrario «odiosità verso una salutare misura»[115]. Anche il divieto per gli individui non vaccinati di accedere agli istituti d'istruzione pubblica rientrava di fatto in questa logica di prudente persuasione. L'altra minaccia, infatti, ben più grave, di privare le famiglie di bambini non vaccinati di ogni sussidio di povertà non sembra mai essere stata applicata. In altri termini si puntava a conquistare l'appoggio della popolazione senza imposizioni di sorta e magari – come osservava acutamente il medico Alimonta di Campo nelle Giudicarie – grazie all'alleanza delle «donne la cui influenza [era] somma a questo riguardo»[116].

Le varie leggi non trascurarono, dunque, d'indicare oltre alle modalità di esecuzione della vaccinazione anche i mezzi attraverso i quali contribuire ad una crescita di fiducia nei

piuttosto presto, ma sarà proprio la recrudescenza del vaiolo agli inizi degli anni trenta a rafforzare l'impegno in questa direzione.

[115] Di questa posizione espressa dalla Cancelleria Aulica in un decreto dell'11 novembre 1819, si fece interprete il Capitanato circolare di Trento in una sua circolare del 24 dicembre (AST, *Capitanato circolare di Trento, 1819*, cart. 11).

[116] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1808*, Fasz. 2423.

confronti della vaccinazione, privilegiando in primo luogo la collaborazione dei parroci. Già un ordine governativo del 7 novembre 1804, emesso in base all'ordine sovrano del 20 giugno, aveva disposto che all'atto del battesimo fosse letto ai genitori da parte del padrino o del curato un avvertimento circa i vantaggi e l'utilità della vaccinazione[117]. La vaccinazione, era detto in sintesi in questo accorato appello alla sensibilità umana, non comportava i rischi dell'innesto del vaiolo umano e avrebbe senz'altro contribuito a salvare da morte certa tante vittime innocenti.

Successivamente la legge del 26 agosto 1807 prescrisse che parroci e pastori d'anime dovessero «annunziare più volte dal pergamo e negli altri modi soliti il giorno fissato per la vaccinazione, e il luogo a quest'effetto stabilito per far comprendere ai loro parrocchiani le paterne intenzioni [del sovrano] nell'introdurre universalmente l'Innesto della vaccina»[118]. In tal modo veniva accolta indirettamente anche l'indicazione fornita dal medico circolare di Rovereto Francesco Galvagni, il quale, rispondendo all'inizio del 1807 ad una precisa interrogazione dell'Ufficio circolare di Rovereto, aveva suggerito, come valido mezzo di promozione della vaccinazione, il ricorso ai parroci per «pubblicare a chiara voce ogni prima domenica del mese l'importanza dell'affare e la necessità d'adempiere a propri doveri di natura in tali oggetti»[119].

117 BCT, ms 5592/2.

118 «I Parrochi e Pastori d'Anime sono tenuti di consegnare tosto senza opposizione alcuna, ed *in ogni tempo* al rispettivo Medico le liste dei soggetti della loro Parrocchia qualificati per essere vaccinati, di annunziare più volte dal pergamo, e negli altri modi soliti il giorno fissato per la vaccinazione, e il luogo a quest'effetto stabilito; e siccome Noi vogliamo che quest'affare sia trattato con quella solennità che si conviene ad un si grande beneficio per il genere umano, dovranno essi far comprendere ai loro parrocchiani mediante analoghi discorsi ed Istruzioni le nostre paterne intenzioni nell'introdurre universalmente l'Innesto della Vaccina; dovranno esser personalmente presenti all'Innesto nel Circondario della Parrocchia; e finalmente contrassegnare pur essi le tabelle» («Foglio d'avvisi per il Tirolo Meridionale», 1807, n. 39, p. 184).

119 TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1808*, Fasz. 2423.

Analoga incombenza fu introdotta anche nei due regolamenti del 1808 e del 1836[120].

In questo contesto s'inserì la pubblicazione, nel 1807, di un *Omelia contro i pregiudizi che ancora s'oppongono alla vaccinazione*[121]. In essa il parroco di Pergine, Francesco Tecini, cercava di confutare il fondamento delle più diverse posizioni contrarie alla vaccinazione stessa.

L'importanza concreta assunta dalla collaborazione fattiva dei parroci è confermata, infine, da tanti singoli episodi. I rapporti dei singoli vaccinatori o le relazioni dei medici circolari riservavano spesso parole di elogio nei confronti di solerti curati, che con grande zelo e appassionata partecipazione, avevano concorso al buon andamento della vaccinazione. Così nel 1807, quando il medico Alimonta di Campo parlava con grande riconoscenza del parroco di Banale Giovanni Antonio Fontana[122] o il dottor Giovanni Battista Vincenzi dell'inesauribile iniziativa mostrata da quello di Sacco[123].

120 Con una lettera dell'8 agosto 1817 il giudizio distrettuale di Civezzano comunicava, ad esempio, al parroco di Pinè l'ordine del Capitanato circolare di Trento di procedere quanto prima all'«innesto del vaccino». Si raccomandava pertanto «di tener il prescritto discorso dal pergamo, o dall'altare sull'importanza ed utilità dell'innesto predetto, e sugli obblighi dei genitori, o tutori, in faccia a Dio, a se stessi, ed al Sovrano di procurare ai loro figli, o curandi, col sottoporli senza diffidenza veruna a questa in nessun modo molesta operazione, i salutari effetti riconosciuti oggimai per incontrastabili da tutte le colte nazioni d'Europa» (AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità, 1817*, cart. n.n.).

121 TECINI, [1807]. Pochi anni prima era stato diffuso nei territori del Regno d'Italia «un singolare opuscolo di propaganda vaccinica» dai contenuti analoghi. Si trattava dell'*Omelia sopra il vangelo della XIII domenica dopo la Pentecoste, in cui si parla dell'utile scoperta dell'innesto del vaiolo vaccino, recitata dal vescovo di Goldstat, con un'aggiunta di una breve istoria e di osservazioni del vaiolo vaccino*. Questo testo fu ripetutamente stampato e in più luoghi fra il 1802 e il 1804 (MANZI-ASCANELLI, 1968, p. 119). È opportuno rilevare come anche Francesco Tecini abbia fatto parte insieme al già ricordato Giovanni Battista Mazzonelli della loggia massonica attiva a Trento fra il 1812 e il 1813 (ZIEGER, 1925, pp. 205-206).

122 TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1808*, Fasz. 2423.

123 TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1808*, Fasz. 2423: «Questo bravo ministro di Dio non solo ogni settimana inculcò dall'altare a suoi

Altri nomi di parroci, a conferma di qualcosa di più di una semplice aspettativa di aiuto, ricorrono quindi costantemente anche nei successivi rapporti politico-sanitari di tutta la prima metà del secolo XIX[124].

Sempre al fine di promuovere la vaccinazione la normativa faceva anche riferimento alla diffusione di cosiddetti «scritti popolari». Se la circolare del 18 aprile 1816 prevedeva, infatti, la distribuzione ai genitori di un *Eccitamento* che, analogamente all'avvertimento del 1804, istruisse sugli indubbi vantaggi offerti dalla nuova pratica[125], i regolamenti del 1808 e del 1836 raccomandavano la divulgazione sia dell'operetta *Che cosa è il vaccino e a che giova egli?*, scritta dal conte Ugone di Salm, sia del *Prospetto comparativo del vajuolo umano naturale, del vajuolo umano innestato, e del vaccino relativamente ai loro effetti sulle singole persone e sull'intiera società umana*, pubblicato a Londra dalla società Jenner e tradotto in tedesco dal conte Harrach[126].

Quale ruolo e che diffusione ebbero questi scritti sono domande, tuttavia, cui resta difficile rispondere allo stato attuale delle indagini, mancando fra l'altro riferimenti a eventuali traduzioni in italiano. Preme sottolineare, semmai, ancora

parrocchiani con appropriato dotto discorso l'intenzione Sovrana per tanto bene del suo Popolo; ma egli assistette personalmente all'innesto nella sala comunale, adoperò tutta l'affabilità umana per il buon ordine e successo, scrisse il nome de vaccinati, perché abbandonato da comunali scrivani; e girò sotto la pioggia per le contrade di Sacco a chiamare per le case i vaccinati per la debita revisione».

[124] Così, ad esempio, nel prospetto di quanti si erano distinti nell'opera di vaccinazione compilato nel 1826 dal Capitanato circolare di Trento (TLAI, *Jüngeres Gubernium*, *Sanität*, *1826*, Z. 209), ma anche nei rapporti dei singoli medici. Nel 1827 il medico Eligio Marchesini lodava lo spirito d'iniziativa mostrato dai curati di Terlago, Sopramonte e di Fraveggio (AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano*, Sanità, *1827*, cart. n.n.). Sul tema del ruolo rivestito dal clero nella diffusione della vaccinazione si veda BERCÉ, 1983.

[125] *Raccolta delle leggi provinciali*, dal 1mo gennaio sino all'ultimo dicembre MDCCCXVI, pp. 783-788.

[126] A questi titoli può essere aggiunto *La vaccinazione raccomandata caldamente*, 1823.

una volta, la scelta di fondo che sembrava preferire un'azione di persuasione basata più sui mezzi dell'informazione e dell'educazione che non su quelli della coercizione e della punizione e che bene si adattava, dunque, a quel fine ultimo di ogni iniziativa di governo che si è detto essere orientata all'affermazione del primato della conoscenza medico-scientifica sopra ogni altra forma di sapere tradizionale.

Resta, infine, da segnalare un altro strumento di promozione: la distribuzione di premi in denaro o l'encomio ufficiale a quanti si erano particolarmente distinti nell'opera di vaccinazione. Come già detto, il merito così riconosciuto costituiva anche titolo di preferenza per la nomina ad incarichi statali.

Ma quali erano, più nello specifico, le ragioni che sembravano opporsi al pieno successo della vaccinazione? Francesco Tecini nell'omelia precedentemente citata ne elencava alcune fra quelle, a suo dire, più comuni. C'era chi manifestava timore e opposizione nei confronti della vaccinazione perché la considerava una pratica semplicemente «troppo nuova», chi perché era convinto che un «male proprio delle bestie non poteva che nuocere all'uomo», chi perché si attendeva inevitabilmente delle conseguenze negative in seconda battuta, chi perché riteneva sbagliato e pericoloso contrastare uno «sfogo necessario della natura» e chi, infine, perché stimava contrario ad ogni principio religioso opporsi al disegno della Divina Provvidenza[127]. Si trattava di argomenti che puntualmente ricorrono in quelle testimonianze, poche per la verità, in cui i vaccinatori, nel registrare le consuete difficoltà[128], davano anche spazio alle mille giustificazioni portate dalla gente nel rifiutare il loro intervento.

[127] TECINI, [1807].

[128] Di «generale contrarietà [degli] abitanti contro la benefica invenzione vaccina» parlava il medico Luigi Giovannini in una sua lettera indirizzata il 29 luglio 1820 al giudizio distrettuale di Civezzano (AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità, 1830*, cart. n.n.), ma si trattava solo di un caso fra tanti. Fu lo stesso Capitanato circolare di Trento, d'altronde, a sottolineare in una propria circolare del 31 dicembre 1826 questa «contrarietà» diffusa soprattutto fra le popolazioni «alpestri» (AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità, 1827*, cart. n.n.).

Emerge così fra le righe dei rapporti un variegato mondo di credenze e rappresentazioni in cui i vari momenti dell'esistenza umana appaiono scanditi unicamente dai ritmi stagionali dell'ambiente naturale in cui l'uomo vive quale parte integrante.

«Chiamato da molti – narra il medico Giovanni Battista Vincenzi nel 1807 –, l'uno alla mia comparsa mi diceva che tornassi domani, o la settimana ventura, perché faceva troppo caldo, troppo freddo, era troppo umido, il tempo in mutazione..., l'altro mi pronunciava che il ragazzo non avea dormito la notte, che avea de' vermi, che era troppo giovine, che Iddio gli manderà il male addosso quando vorrà, che attende questa primavera, che sua madre o suo nonno non son contenti, o mille altre tediosissime ripulse»[129].

Nel 1839 fu invece il medico civico di Trento Giuseppe Rungg a richiamare, di fronte agli infelici esiti della campagna di vaccinazione appena conclusa, il tenace attaccamento della popolazione all'idea che la natura potesse fare comunque meglio dell'uomo e che pertanto l'immunità conseguita dopo lo sviluppo naturale della malattia avesse un effetto maggiore e più durevole di quello garantito dalla vaccinazione. Raccontava, infatti, il medico Rungg di come la popolazione di Oltrecastello, apparentemente disposta in un primo tempo a far vaccinare i propri figli, avesse repentinamente mutato atteggiamento dal momento in cui parve loro chiaro che l'epidemia di vaiolo naturale insorta nei paesi circonvicini fosse d'indole

«benignissima, mite e poco confluente, per cui i genitori gelosamente e con tutta cautela celavano agli occhi de' medici ogni caso di vajuolo e resi animosi e confidenti della mitezza di quello, si collocavano insieme anche agli altri ragazzi non vaccinati nelle speranza e col vivissimo desiderio che tutti lo incontrassero ... : anzi si intesero – continua il medico Rungg – perfin delle donnicciuole lamentarsi di aver avuta la debolezza di obbedire, benché a malincuore, alle esortazioni de' curatori d'anime, e di aver fatto vaccinare i propri figli, non potendo così avere la sorte di far loro subire un vaiuolo naturale così mite e benigno come l'attuale»[130].

[129] TLAI, *Jüngeres Gubernium*, *Sanität*, *1808*, Fasz. 2423.

[130] ACT, *Sanità*, *XXIII*, *1840*, cart. 432.

Non furono, tuttavia, solo ragioni di ordine culturale ad opporsi ad una più facile affermazione della vaccinazione. Spesso vi contribuirono, oltre ai dubbi espressi dagli stessi operatori[131], anche ragioni più semplicemente di carattere organizzativo. Prima fra tutte la scarsa disponibilità di materia vaccina.

Già il medico Francesco Alimonta lamentava nella sua lettera del 19 febbraio 1807 la difficoltà di avere prontamente a disposizione materia sufficientemente buona per l'innesto. Constatata la facile deperibilità del «virus vaccino fuori dell'animale vivente», risultava altrettanto evidente l'inadeguatezza dei mezzi fino ad allora impiegati per conservarlo. Le stesse «boccettine inglesi di Porker Fleet street, tanto encomiate dal famoso dr. Odier di Ginevra» non si prestavano affatto, secondo il medico di Campo, al trasporto della preziosa sostanza. L'unico mezzo sicuro restava, dunque, quello di conservarlo in un'«animale vivente», ma la resistenza dei proprietari a farlo innestare sulle proprie vacche e la mancanza di ospedali, orfanotrofi od altri stabilimenti di pubblico benessere adatti allo scopo non consentiva una facile soluzione del problema[132].

La situazione ideale sarebbe stata evidentemente quella di rinvenire in regione la vera vaccina, ma i vari tentativi effet-

[131] Il 6 giugno 1843 il chirurgo Michele Rosani di Caldes scriveva al Giudizio distrettuale di Malé proponendo i propri interrogativi sull'efficacia di una «tale operazione»:
«a) se i vantaggi dell'attuale vaccinazione si debbano esclusivamente attribuire all'innesto del pus vaccino, ovvero i funesti effetti del vaiuolo naturale, ove venghino modificati dall'essersi il contagio reso famigliare col nostro organismo, come avviene del virus sifilitico e d'altri principi capaci di contagiosamente scomporre in diversi modi l'armonia delle funzioni organico-dinamiche, costituente lo stato di salute della nostra machina;
b) se sia indispensabile l'eruzione dela così detta vera pustola al luogo dell'innesto, per averne vantaggio della successiva innoculazione, o no;
c) se sia necessario ripetere la vaccinazione fino a tanto che venghi introdotto l'elemento vaccino senza che vi produca né la febbre d.ta di reazione né la pustola».

[132] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1808*, Fasz. 2423.

tuati in questa direzione non portarono mai ad alcun risultato. Così ad esempio nel 1808, quando la ricerca promossa all'interno del territorio dei due Capitanati circolari di Trento e Rovereto, diede esito negativo[133]. Solo il giudice distrettuale di Levico aveva dato notizia di un probabile «avvistamento» da parte del medico condotto di Borgo Giuseppe Trogher. Costui, nel 1804, giunto a conoscenza da alcuni pastori dell'esistenza di un'«efflorescenza pustolosa sulle poppe di alcune vacche», si era recato nel luogo indicatogli e qui, dopo accurato esame, aveva concluso che si trattava di vere «croste vaccine», ma già «passate allo stato d'essicazione». Ciò nonostante, recuperata parte di quella materia, tentò ugualmente l'innesto su due fanciulli, ma senza risultato alcuno[134]. Una segnalazione giunse anche dal medico Luigi Collizzoli il quale, nella sua relazione dell'1 giugno 1808, raccontò che nell'agosto dell'anno prima, in una zona circostante Tione, si erano manifestate sulle poppe di alcune vacche numerose pustole. Recatosi sul luogo in compagnia del farmacista Speranzino Speranza, «per esaminare se si trattasse di pustole di vajolo vaccino», aveva però dovuto constatare che sfortunatamente i custodi della mandria le avevano già fatte disseccare utilizzando un «certo unguento»[135].

Fin dagli esordi la vaccinazione veniva eseguita, dunque, affidandosi alla tecnica del braccio in braccio. Ordinata una certa quantità di pus nei centri in cui era possibile rinvenirla, questa veniva innestata in alcuni fanciulli, i cosiddetti «regoli», che avrebbero fornito successivamente la materia necessaria a ripetere l'innesto su altri individui. Ecco la ragione per la quale l'opposizione alla vaccinazione da parte della popolazione si manifestava, talvolta, con episodi sul tipo di quello verificatosi nel 1826 nel comune di Meano, dove alcuni genitori avevano «maliziosamente distrutto» le pustole dei propri figli «onde impedire la propagazione si-

[133] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1808*, Fasz. 2423.

[134] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1808*, Fasz. 2423.

[135] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1808*, Fasz. 2423.

milmente ad altri»[136]. Un mezzo senz'altro efficace per evitare simili inconvenienti dovette sembrare l'elargizione di un compenso ai «regoli» stessi. Quando nel 1834 la Cancelleria aulica decise di detrarlo dalle spese a carico dell'Erario, il Capitanato circolare di Trento manifestò immediatamente le sue perplessità sulla bontà del provvedimento, poiché riconosceva l'obolo come mezzo «indispensabile in questo Circolo pel buon andamento della vaccinazione»[137]. Il provvedimento, successivamente revocato[138], giungeva d'altronde poco dopo l'apertura ufficiale dell'Istituto degli esposti delle Laste che avrebbe dovuto in un certo senso consentire di superare il problema posto dalla disponibilità o meno di «regoli»[139]. In ultimo una nuova circolare dell'Imperial regia Reggenza pel Tirolo del 16 maggio 1850[140] riproponeva un premio di dieci fiorini a favore di chiunque avesse contribuito al rinvenimento della «vera vaccina».

Ai problemi di scarsa disponibilità di materia vaccina fresca si aggiungevano, non ultimi, quelli legati alla scarsa abilità manuale o all'impreparazione teorica degli esecutori delle vaccinazioni. È quanto rilevato, ad esempio, dal medico civico di Trento Luigi Bevilacqua il quale attaccava in una sua relazione del 1831 quanti vaccinavano «senza essere forniti

[136] AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità, 1826*, cart. n.n. Lo stesso anno il medico vaccinatore di Civezzano Ludovico Bertolini segnalava al giudizio distrettuale di Civezzano la resistenza di una madre che si opponeva al prelievo di «matteria» dal suo bambino (*ibidem*).

[137] AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano*, *Sanità*, *1834*, cart. n.n.

[138] Con un decreto del 28 aprile 1836 la Cancelleria aulica stabiliva che «laddove senza regali ai genitori dei così detti regoli di vaccinazione non può assolutamente ottenersi lo scopo prefissosi i medesimi vengano somministrati dalla cassa comunale» (ACT, *Sanità, XXIII, 1836*, cart. 379).

[139] Il piano di organizzazione dell'istituto degli esposti prevedeva esplicitamente che a questo istituto fosse «congiunto quello della vaccinazione, vaccinandovisi tutti gli esposti, e tutti quelli, che ivi a tale effetto vengono portati, fossero questi anche esteri. Nel medesimo si raccoglie anche tanta materia della vaccinia, quanta basti per provvedere del relativo bisogno i distretti trentini, ed anche altri circoli» (BORTOLI-GRANDI [edd], 1983, p. 108).

[140] AST, *Fisicato distrettuale di Tione, 1826-1851*, cart. n.n.

delle necessarie cognizioni». Non si trattava, infatti, secondo il medico, solo di saper eseguire «quattro o cinque punture», ma anche di saper «riconoscere i caratteri, il decorso e l'esito del vaccino»[141]. In altre parole era senz'altro importante saper eseguire correttamente l'innesto, ma ancor più importante era saper distinguere il «vaccino vero da quello spurio», ossia stabilire se l'intervento avesse avuto l'esito sperato o fosse da ripetere. A tal proposito il medico Eligio Marchesini, in servizio nel giudizio distrettuale di Vezzano, osservava in una sua relazione del 1827 come in quell'anno avesse dovuto «replicare in certi paesi e specialmente a Terlago e Sopramonte l'innesto le due, tre ed anche quattro volte allo stesso individuo». In quasi tutti i paesi del Distretto affidato alla sua cura sembrava che la prima vaccinazione non avesse dato i risultati sperati[142].

Talvolta sono semplici disguidi amministrativi ad interrompere il regolare svolgimento delle vaccinazioni. Nel 1826 i medici Baldassarre Pedrini e Giuseppe Albertini del giudizio distrettuale di Vezzano dichiararono, in risposta alla richiesta di stendere un rapporto sull'andamento delle vaccinazioni, di non avere proceduto ad alcuna vaccinazione in quanto non era pervenuto loro un ordine in merito da parte dell'autorità politico-amministrativa. Il solo medico Antonio Toccoli disse di aver vaccinato senza attendere l'ordine superiore, ma di aver rintracciato «per avventura la vaccina»[143].

Qualora, tuttavia, si fosse manifestato il contagio la risposta si affidava agli accorgimenti di sempre: isolamento più totale degli infermi, disinfezione delle case e degli indumenti e immediata sepoltura dei defunti, seguendo una prassi a lun-

[141] BCT, *Archivio comunale moderno, Sanità, XXIII, 1831*, cart. n.n. Queste ragioni indussero a sospendere nel 1828 dall'incarico di vaccinatore, poiché semplici flebotomi, sia Leto Cainelli sia Dionigio Gerloni di Trento (BCT, *Archivio comunale moderno, Sanità, XXIII, 1828*, cart. n.n.).

[142] AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano, Sanità, 1827*, cart. n.n.

[143] AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano, Sanità, 1826*, cart. n.n.

go sperimentata durante i tanti episodi di peste[144]. In questa sequenza di comportamenti, apparentemente immutata rispetto al passato, s'insinuava però un elemento di novità, ossia il ricorso sempre più massiccio ai prodotti chimici per perseguire il fine della «disinfezione»[145].

Una volta di più la lotta contro i tanti invisibili nemici della salute umana rintracciava i propri strumenti d'azione fra quelli indicati dalla più recente ricerca medico-scientifica.

[144] Le misure da adottarsi in caso d'insorgenza del vaiolo naturale, già predisposte dall'ordine bavaro dell'1 maggio 1808 («Foglio d'avvisi per il Tirolo Meridionale», 1808, n. 17, pp. 387-389), furono nuovamente pubblicate con la circolare del 18 aprile 1816, ispirata a sua volta alla circolare del Governo illirico del 13 agosto 1814 (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1816*, Z. 50). La supposta efficacia delle misure predisposte in passato contro la peste è comunque testimoniata anche dalla conferma del 3 ottobre 1831 da parte del conte Hartig, governatore di Milano, e, in risposta alle prime notizie sulla diffusione del colera, dalla patente teresiana del 2 gennaio 1770 (BONORA, 1946).

[145] Nelle varie istruzioni a stampa contro il colera s'indicava come utile «preservativo» l'utilizzo del cloruro di calce (*Preservativo contro il colera*, in «Il Messaggiere Tirolese», 1831, n. 62, p. 4).

Capitolo quarto

L'assistenza sanitaria e i suoi garanti

La riorganizzazione di tutto il settore delle professioni mediche costituì sicuramente un nodo centrale fra quelli affrontati dalla politica sanitaria europea nella prima metà del secolo XIX. Già nei primi anni del nuovo secolo era intervenuta la legge del 10 marzo 1803 (19 ventoso anno XI) con cui fu regolamentato l'esercizio delle professioni sanitarie in Francia fino al 1892[1]. In linea, dunque, con quanto stava accadendo in altre realtà europee, anche in Trentino l'intervento in questo ambito assunse grande rilevanza.

Nel corso del primo censimento del personale sanitario, promosso per iniziativa del governo bavarese e condotto in tutto il Tirolo nel 1807, furono contati in 12 dei 14 giudizi che comprendevano il circolo dell'Adige[2] – mancano purtroppo i dati di Condino e Stenico – 117 medici, 80 chirurghi, 480 mammane, 57 farmacisti e 81 cosiddetti «veterinari». Se, però, tra coloro registrati come medici e chirurghi nessuno risultava privo di un regolare titolo di studio o di un'autorizzazione politica ad esercitare, fra i componenti delle altre categorie la situazione si presentava affatto diversa[3]. Già nel 1806 il medico circolare di Rovereto, Francesco Galvagni, osservava come nei territori di recente inglobati nel suo circolo esistessero, rispetto al ramo farmaceutico,

[1] Sui termini e gli effetti di questa legge si vedano LEONARD, 1978, III, pp. 261-282; HELLER, 1978; HUARD, 1961. Per quanto riguarda invece i tentativi di revisione sono di utile consultazione WEISZ, 1978 e SUSSMAN, 1977.

[2] Cfr. nota 39 del capitolo II.

[3] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1807*, Fasz. 2419, Z. 5898.

«mille mancanze e difetti». Non solo le spezierie dell'ex Principato erano «amministrate» da persone per lo più «solo tollerate», ossia prive di qualsiasi «seria» preparazione o abilitazione, ma in esse si continuavano a vendere le droghe «più inutili», quali «l'album graecum, le perle preparate, li rubini preparati e tant'altre cose atte solo ad ingannare i buoni e per crescere la somma»[4]. Oltretutto in quella parte di territorio mancava ancora un attrezzato laboratorio chimico per la composizione dei medicamenti contemplati dalla Farmacopea austriaca del 1804[5]. Di contenuto analogo anche le conclusioni cui era giunto il medico circolare di Trento Domenico Mattassoni al termine di un'ispezione alle farmacie condotta nel 1807. Costui denunciava il fatto che non ci fosse in attività una sola persona regolarmente approvata[6]. Unica nota positiva e vero elemento di novità era la segnalazione di un laboratorio chimico in attività presso la spezieria Volpi di Trento[7].

Il quadro, insomma, appariva particolarmente negativo proprio nei territori dell'ex Principato vescovile di Trento dove la mancata o lenta applicazione in passato delle «lodevoli normali in materia di sanità» aveva certamente favorito la sopravvivenza di quell'articolata ed efficiente rete di opera-

[4] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1806*, Z. 10165.

[5] Già nel 1803 il medico circolare di Rovereto Eustacchio Sartorelli aveva rilevato simile mancanza in una delle prime visite condotte nei territori dell'ex Principato (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1803*, Fasz. 2415).

[6] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1807*, Z. 602.

[7] Il laboratorio chimico in funzione presso la farmacia Volpi fu successivamente soppiantato da quello gestito dal farmacista Santoni (SIZZO, 1848). Costui iniziò la propria attività intorno al 1840 quando presentò domanda di «erigere a Trento uno stabilimento in cui lavorare e far vendita all'ingrosso di preparati chimico-farmaceutici» (ACT, *Sanità, XXIII, 1839*, cart. 417). In Trentino, fra gli altri, ebbero fama di ottimi chimici anche il farmacista Demetrio Leonardi di Predazzo, analizzatore delle fonti di Cavelonte, Carano e Pontara, il farmacista Casimiro Sartorelli di Borgo, fornitore di vari composti medicamentosi, e Francesco Cassoni di Ledro, il primo in Trentino che tentò di produrre su scala industriale acque minerali artificiali (TAIANI, 1991).

tori empirici che rispondevano in vario modo ai bisogni di assistenza della popolazione. Prova ne siano le 61 persone dedite alla cura «degli uomini e delle bestie», ma «non approvate», individuate anch'esse nel corso del censimento bavaro. Secondo la stessa fonte costoro (cfr. tav. 7) godevano del pieno favore della popolazione[8], così come tutti quegli individui, non regolarmente istruiti, di volta in volta segnalati nei loro rapporti periodici dagli ufficiali sanitari; fra questi i numerosi casi rilevati ancora una volta dal medico circolare di Trento Domenico Mattassoni nel 1807[9].

Accanto a medici e chirurghi, regolarmente in possesso di un titolo di studio, venivano menzionati molti individui oggettivamente privi di un qualsiasi attestato. Altri ancora avevano frequentato solo parzialmente i prescritti corsi di studio senza però concluderli. Così Giambattista Bezzi, figlio del medico Domenico Francesco, che esercitava a Cusiano la professione del padre con al proprio attivo solo la frequenza di due anni di corso all'Università di Padova. Oppure Agostino Gosetti, attivo a Pellizzano, il quale esercitava la medicina e la chirurgia con in mano il solo diploma di chirurgia rilasciato dall'Accademia Giuseppina di Vienna. Oppure ancora Giuseppe Fleim, il quale si riteneva legittimato ad esercitare la chirurgia a Revò in forza dello studio condotto ad Innsbruck, ma del quale non era in grado di presentare alcun attestato. Oppure, infine, Gianantonio Martini, che svolgeva funzioni di medico e chirurgo a Taio potendo esibire solo un attestato di frequenza ad alcune lezioni di chirurgia a Padova nel 1793.

Il convincimento diffuso che molti dei danni alla salute umana fossero in realtà da attribuirsi all'inesperienza, all'impreparazione o alla volontà truffaldina di quanti a vario titolo si

[8] Nel censimento promosso dalle autorità bavaresi erano richiesti, infatti, oltre ai dati anagrafici dei vari operatori «abusivi», anche dei giudizi sul grado di confidenza riposto in essi dalla popolazione e gli eventuali provvedimenti d'interdizione emessi contro di loro. La tav. 7 offre una sicura testimonianza della loro ampia e capillare diffusione sul territorio (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1807*, Fasz. 2419, Z. 5898).

[9] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1807*, Z. 1084.

TAV. 7. *Elenco degli operatori sanitari cosiddetti «abusivi» segnalati nel censimento bavaro del 1807*

Distretto di Cavalese
1. Andrea de Someda di anni 43 domiciliato a Cavalese
2. Johan Weber di anni 65 domiciliato ad Altrei (Anterivo)
3. Johan Coradin di anni 44 domiciliato a Castello
4. Johan Lorenz di anni 46 domiciliato a Pozza di Fassa
5. Johan Caldrani di anni 40 domiciliato a Fiera di Primiero

Distretto di Civezzano
6. Antonio Ianesel di anni 40 domiciliato a Bosentino
7. Domenico Ceschi di anni 35 domiciliato a Miola di Piné
8. Pietro Vettori di anni 65 domiciliato a Sover
9. Joseph Bazzanella di anni 50 domiciliato a Pissine in Sover
10.Antonio Facenda di anni 57 domicialiato a Sover
11.Giacomo Bortolotti di anni 65 domiciliato a Mazzanigo in Civezzano
12.Nicolò Gennari di anni 45 domiciliato a Garzano in Civezzano

Distretto di Malé
13.Battista Vicenzi di anni 93 domiciliato a Peio
14.Giovanni Battista Gabrielli di anni 55 domiciliato a Celadizzo
15.Giovanni Domenico Mori di anni 60 domiciliato a Malé
16.Gaspare Marini di anni 60 domiciliato a Terzolas

Distretto di Mezzolombardo
17.Giovanni Battista Cavosi di anni 52 domiciliato a Spor Maggiore
18.Antonio Ballodet di anni 42 domiciliato a Lavis
19.Giovanni Battista Portolan di anni 55 domiciliato a Campo di Denno

Distretto di Pergine
20.Pietro Silli di anni 41 domiciliato a Pergine

Distretto di Riva
21.Giovanni Filoni di anni 50 domiciliato a Tiarno di sopra
22.Domenico Caresani di anni 62 domiciliato a Madice
23.Sebastiano Sebastiani di anni 76 domiciliato a Sesto
24.Antonio Amadei di anni 58 domiciliato a Rango
25.Caterina Leonardi di anni 50 domiciliata a Drena
26.Elisabetta Verletti di anni 60 domiciliata a Drena
27.Marianna Bressanini di anni 60 domiciliata a Mogno
28.Giovanni Zanoni di anni 40 domiciliato a Bolognano
29.Luigi Polidoro di anni 32 domiciliato a Torbole
30.Angela Ioppi di anni 67 domiciliata a Torbole
31.Francesca Vivaldi di anni 50 domiciliato a Nago
32.Giacomo Dassat di anni 67 domiciliato a Biasezzo
33.Antonio Brun di anni 70 domiciliato a Riva
34.Giacomo Calloi di anni 56 domiciliato a Brione campagna di Riva
35.Giuseppe Risatti di anni 54 domiciliato a Riva
36.Giuseppe di Giuseppe Risatti di anni 24 domiciliato a Riva

37.Domenica Calza di anni 44 domiciliata ad Arco
38.Rosa Iurini di anni 42 domiciliata ad Arco
39.Caterina Bressani di anni 70 domiciliata a Varignano
40.Cecilia Santoni di anni 50 domiciliata a Ceniga
41.Orsola Zaremini di anni 80 domiciliata a Drò

Distretto di Rovereto
42.Orsola Libera di anni 65 domiciliata ad Avio
43.Enrico Michele Federicci di anni 28 domiciliata ad Aldeno
44.Andrea Battisti di anni 58 domiciliato a Calliano
45.Domenico Nicolussi di anni 35 domiciliato a Besenello
46.Teresa Zencher di anni 55 domiciliata a Calliano
47.Domenica Tambosi di anni 55 domiciliata a Calliano
48.Matteo Marchiori di anni 58 domiciliato a Pilcante
49.Carlo Poli di anni 47 domiciliato a Avio
50.Uldarico Fumanelli di anni 52 domiciliato a Sabbionara
51.Domenico Salvetti di anni 70 domiciliato a Vò
52.Michele Martinelli di anni 65 domiciliato a Nomesino
53.Giuseppe Dorigotti di anni 26 a Lenzima
54.Domenico Dal Poz di anni 63 domiciliato a Lizzana
55.Stefano Baldoni di anni 52 domiciliato a Rovereto
56.Teresa Sajoni di anni 62 domiciliata a Pilcante

Distretto di Tione
57.Josef Bagatin di anni 70 domiciliato a Condino
58.Bernardo Corradini di anni 36 domiciliato a Castello
59.Giacomo Girardini di anni 45 domiciliato a Cimego
60.Giovanni Martini di anni 56 domiciliato a Vigo di Ragoli
61.Bortolo Tarolli di anni 58 domiciliato a Castello

occupavano dell'assistenza sanitaria alla popolazione e al bestiame implicava, pertanto, in primo luogo, la predisposizione di specifici programmi d'istruzione e conseguentemente l'imposizione di una più rigida disciplina nel rilascio delle autorizzazioni ad esercitare le diverse professioni sanitarie. Si trattava, in altri termini, di rendere operante quel principio, già chiaramente espresso nell'editto organico sul sistema medicinale del Regno, pubblicato l'8 settembre 1808 dal sovrano bavaro Massimiliano Giuseppe, secondo cui

«l'esercizio di [ogni] parte delle scienze mediche [doveva essere] in avvenire permesso soltanto a quelli, i quali avendo appreso quella parte che pensano di esercitare in conformità delle leggi, a que-

st'effetto stabilite, sono stati su di ciò esaminati dalle Autorità ... e da questi riconosciuti abili mediante formali attestati»[10].

A inizio Ottocento la legislazione sanitaria stabiliva ormai espressamente che requisiti fondamentali per l'esercizio di una qualsiasi professione sanitaria erano la frequenza di regolari corsi di formazione e la conseguente approvazione.

L'editto organico stesso dell'8 settembre 1808, pur rinviando a più specifici regolamenti per quanto riguardava i piani di studio, eliminava ogni incertezza circa i titoli indispensabili per ottenere la licenza *pro libera praxi*[11]. Si stabiliva, infatti, che medici e chirurghi dovevano possedere un regolare titolo di studio universitario[12], un attestato di pratica condotta per almeno due anni presso un Ospedale e sotto la sorveglianza di un medico più anziano, nonché l'abilitazione rilasciata da uno dei tre Comitati medici di programmata istituzione a Bamberg, Monaco e Trento. Per gli speziali erano richiesti analoga approvazione e il diploma rilasciato al termine di un corso biennale dagli Istituti farmaceutici di prossima apertura. Per accedere a questi corsi bisognava possedere le «necessarie disposizioni naturali» e sufficienti conoscenze in «lingua, fisica, matematica e storia naturale». Attestazioni di frequenza di istituti di formazione erano, infine, ricercati anche per la concessione dell'autorizzazione all'esercizio dell'ostetricia e della veterinaria.

E le cose non cambiarono certo sotto i successivi governi. Il decreto italico dell'1 giugno 1811 riaffermò, infatti, lo stretto vincolo del libero esercizio della medicina, della chirurgia e della farmacia con il possesso del relativo grado accademico, dell'attestato di tirocinio e dell'abilitazione da parte di una delle tre Direzioni mediche del Regno (Bologna, Pado-

[10] «Foglio d'avvisi per il Circolo dell'Adige», 1808, n. 56, p. 882.

[11] *Ibidem*, p. 881-900.

[12] Va precisato che l'editto organico dell'8 settembre 1808 prescriveva in modo chiaro che nessuna Università potesse «impartire verun grado Accademico in Chirurgia, quando questo non venga nel tempo stesso ottenuto in Medicina» (*ibidem*, p. 884).

va e Pavia)[13]. In quanto a levatrici e veterinari occorreva aver frequentato gli appositi istituti, gli unici legittimati a rilasciare il richiesto titolo di studio.

L'impegno a favore dell'istruzione, come presupposto per il reclutamento di tutti gli agenti sanitari, si rafforzò ulteriormente durante il periodo di governo austriaco. Se, infatti, il regolamento per le mammane pubblicato all'interno della *Sanitätshauptnormativ* teresiana del 1770 disponeva che l'esercizio dell'ostetricia era riservato solo a quelle donne che avessero ottenuto l'approvazione dalle Commissioni sanitarie di ogni Circolo[14], nel successivo regolamento del 1808, ripubblicato per il Tirolo nel 1816[15], l'autorizzazione veniva rigidamente associata al possesso del diploma rilasciato dai previsti istituti di formazione. Allo stesso modo nel caso degli speziali, se nella precedente normativa del 1770 si parlava di un esame di abilitazione sostenuto in qualche Facoltà medica al termine del previsto tirocinio[16], in quella del 1808 si confermava l'*iter studiorum* che dava diritto alla licenza *pro libera praxi*[17]. Questo comprendeva l'assolvimento di tutte le classi della scuola normale, la buona conoscenza della lingua latina, il tirocinio di quattro anni come garzone e di due come assistente presso una farmacia e infine la frequenza di un corso universitario annuale[18].

Queste ed altre regole facevano parte della riforma dei pro-

[13] AST, *Leggi e decreti napoleonici, Sanità*, cart. 34. Le Direzioni mediche di Padova e Pavia furono soppresse con risoluzione sovrana del 4 novembre 1816 (ASUP, *Cronaca della facoltà medica dall'anno 1815 al 1833*, tomo I, p. 14).

[14] AST, *Ufficio vicariale di Königsberg-Grumes-Lavis, Sanità, 1748-1784*, cart. n.n.

[15] *Raccolta delle leggi provinciali*, dal 1mo gennaio sino all'ultimo dicembre MDCCCXVI, pp. 743-750.

[16] AST, *Ufficio vicariale di Königsberg-Grumes-Lavis, Sanità, 1748-1784*, cart. n.n.

[17] *Raccolta delle leggi provinciali,* dal 1mo gennaio sino all'ultimo aprile MDCCCXVI, pp. 723-744.

[18] Per questa ed altre notizie sulla professione farmaceutica in Austria si vedano ZEKERT-GANZINGER (edd), 1961 e GANZINGER, 1973.

grammi d'insegnamento progettata da Joseph Andreas von Stifft e realizzata a partire dal 1804[19]. In essa veniva anche fissata la frequenza di cinque anni per l'ottenimento del titolo in medicina e di tre anni per quello in chirurgia, ridotti a due nel caso che il candidato avesse già svolto il suo tirocinio presso un chirurgo[20].

L'iniziativa di governo a favore di una precisa preparazione degli operatori non si limitò, tuttavia, a sostenere l'attività di formazione garantita dai vari istituti: essa andò oltre e giunse a coinvolgere il delicato problema dell'aggiornamento, ossia di tutti quei mezzi utili tanto ad incrementare il personale patrimonio di conoscenze di medici e chirurghi[21] quanto a conservare vivo negli operatori subalterni il ricordo delle nozioni scolastiche. Al di là del richiamo etico al dovere di «dilatare le cognizioni colla lettura di buoni libri», contenuto, ad esempio, nel regolamento per i chirurghi del 1808[22], l'intervento dell'amministrazione giunse a proporre forme più concrete per contribuirvi: fra queste la promozione e la diffusione di opere a stampa. Una circolare governativa del 21 dicembre 1821 si preoccupava che almeno i «medici in pubblico servizio» disponessero degli *Österreichische Medizinische Jahrbücher*[23], mentre un successivo decreto del

[19] LESKY, 1965.

[20] BCT, *Archivio consolare*, ms 3991, *Prodotte degli atti civici dai 19 giugno 1805 fino li 21 giugno 1806*.

[21] VANZAN MARCHINI, 1995, pp. 180-185.

[22] *Raccolta delle leggi provinciali*, dal 1mo gennaio sino all'ultimo aprile MDCCCXVI, pp. 715-718.

[23] *Raccolta delle leggi provinciali*, MDCCCXXII, pp. 1097-1100. L'unico possessore di quest'opera risultava essere nel 1822 il medico circolare di Trento Domenico Mattassoni, almeno secondo quanto da lui stesso dichiarato in un rapporto inviato al governo della Provincia (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1822*, Fasz. 2439, Z. 266). Informazioni sulla diffusione presso i medici di questi Annali furono nuovamente richieste nel 1835 dal Capitanato circolare di Trento (AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità, 1835*, cart. n.n.). In quest'occasione veniva anche ricordato quanto disposto da un decreto della Cancelleria aulica del 29 aprile 1816 (*Raccolta delle leggi provinciali*, dal 1mo gennaio sino all'ultimo aprile MDCCCXVI, p. 1276), ossia che ogni medico o chirurgo

Capitanato circolare di Rovereto del 10 luglio 1844 sollecitava la distribuzione fra gli addetti ai lavori dell'opera *Elementi di ostetricia* edita l'anno prima dall'allora professore dell'Istituto delle Laste Luigi Pastorello[24]. Il regolamento per i gremi chirurgici, pubblicato nel 1821, indicava, infine, fra gli obiettivi istituzionali di simili organismi, attivati anche in Trentino a partire dal 1822[25], «il provvedimento e

proposto per una promozione o per un premio era tenuto a contribuire alla redazione degli Annali stessi con un proprio studio.

[24] AST, *Capitanato circolare di Rovereto, Sanità, 1844*, cart. 350. Secondo un elenco compilato il 17 agosto 1844 dal medico distrettuale di Tione Francesco Saverio Chesi, nel suo distretto gli individui in possesso dell'opera erano in tutto 22. Fra questi quattro medici-chirurghi, un chirurgo maggiore e diciassette levatrici.

[25] Una prima istruzione relativa all'organizzazione e al funzionamento dei cosiddetti gremi chirurgici fu emanata il 18 gennaio 1793 (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1816*, Z. 894), quando furono istituiti quelli di Bolzano, Brunico, Rattemburg ed Innsbruck. Loro principale funzione, oltre a quella di permettere ai suoi membri l'uso di «libri stromenti ed altri sussidi chirurgici» acquistati con i fondi d'iscrizione, era di mantenere l'«ordine riguardo ai chirurghi civici, ai loro garzoni, ed allievi» curando in particolare l'istruzione e l'approvazione di quest'ultimi. Un rapporto del medico circolare di Trento Domenico Mattassoni del 27 settembre 1807 non segnalava alcuna struttura analoga per il territorio del suo circolo (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1807*, Z. 8558), mentre, per quello di Rovereto, l'ordinanza del 1793 non ebbe alcuna immediata applicazione per «circostanze e costumanze proprie di questa parte di provincia» dove, non esistendo officine chirurgiche (*Barbier Stuben*), risultava anche assente quella componente cui era principalmente rivolta l'istituzione dei gremi (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1821*, Z. 14274). Solo con la pubblicazione nel 1821 del nuovo «Regolamento pei gremi dei chirurghi» (*Raccolta delle leggi provinciali*, MDCCCXXI, pp. 563-624) si crearono le condizioni per l'attivazione anche in territorio trentino di simili organismi a partire dall'1 novembre 1822 (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1823*, Z. 2007). Accanto ai due capi-gremi di Trento (distretti di Trento, Vezzano, Mezzocorona, Civezzano, Pergine, Lavis, Cavalese, Fassa, Segonzano e Caldonazzo) e Rovereto erano previsti inizialmente quattro gremi filiali: per il circolo di Trento quelli di Cles (distretti di Cles, Fondo, Castelfondo, Spor Maggiore e Malé) e Borgo (distretti di Borgo, Levico, Strigno e Primiero), mentre per il circolo di Rovereto quelli di Riva e Tione (*ibidem*, pp. 565-568). Lo scarso numero di «veri chirurghi civili» rese, tuttavia, difficoltoso fin dal primo momento il loro regolare funzionamento. Già in un suo rapporto del 30 settembre 1823 il Capitanato circolare di Rovereto segnalava la difficile situazione del gremio filiale di Tione dove gli iscritti

l'uso comune di quei libri, stromenti ed altri sussidi chirurgici, che un individuo non può assolutamente o può soltanto con grave incomodo procacciarsi»[26].

Si tratta evidentemente di apporti scarsamente quantificabili e sicuramente modesti rispetto all'iniziativa personale dei singoli che molto di più apprendevano e si aggiornavano attraverso altre letture[27], i viaggi, gli scambi epistolari, la partecipazione a convegni[28], o l'adesione all'attività scienti-

risultavano solo tre (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1823*, Z. 2007). Per identici motivi cessò di funzionare nel 1847 il gremio filiale di Borgo assorbito in quello di Trento (AST, *Capitanato circolare di Trento, Sanità, 1847*, cart. 202). Solo più tardi, fu deciso di allargare la partecipazione ai gremi anche ai medici in possesso del titolo in chirurgia, ricreando così quelle condizioni necessarie al loro funzionamento.

[26] *Raccolta delle leggi provinciali*, MDCCCXXI, p. 564. Anche lo statuto dei gremi farmaceutici comprendeva fra le proprie finalità istituzionali l'incremento delle conoscenze dei propri aderenti (MAGGIONI-PRETTO, 1985). Di fatto, però, contrariamente ad un primo progetto (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1833*, Fasz. 2462, Z. 8801), simili gremi, regolarmente attivi in alcuni territori della monarchia austriaca fin dalla fine del secolo XVIII, per effetto di un decreto del 2 giugno 1796, non furono mai insediati in Trentino (VITALI, 1907). Gli speziali di quest'area vennero così «incorporati» per effetto dell'ordinanza della Cancelleria aulica del 23 agosto 1832 nel capo-gremio di Innsbruck (ACT, *Sanità, XXIII, 1836*, cart. 379).

[27] Sono 121 i titoli dei «migliori libri di medicina» contenuti in un elenco stilato molto probabilmente dal medico Leonardo Cloch e registrato in calce ad una copia del testo CLOCH, 1826, donata dalla ved.a alla Biblioteca comunale di Trento. Fra questi i quindici volumi del *Dictionnaire abregé des sciences medicales*, il *Trattato della medicina pratica universale* di Giuseppe Frank, il *Trattato delle malattie dei bambini neonati e poppanti* di Charles Billard e gli *Elementi di medicina pratica con commenti ed osservazioni* di Brown. Fra le possibili letture scientifiche vanno quindi annoverate anche quelle pubblicazioni «specialistiche» di tipo periodico. Nella prima metà dell'800, fra il 1825 e il 1829, si pubblicò a Trento, come già ricordato, l'assai valido «Giornale di chirurgia pratica» compilato a cura di Giuseppe Maria Canella.

[28] S'inserisce in questo capitolo la partecipazione dei medici trentini ai lavori dei congressi degli scienziati italiani (CANTÙ, 1844). Nella quarta riunione di Padova i medici Leonardo Cloch ed Antonio Faes presentarono una propria relazione sul caso straordinario della vivente Maria Domenica Lazzeri, una giovane di Capriana, paese della Val di Fiemme, da anni sorretta in vita dalla sola ostia consacrata (CLOCH-FAES, 1845). Indipendentemente dalla partecipazione più o meno numerosa, l'infor-

fica di circoli o accademie[29], ma sono, ad ogni modo, anch'essi testimonianza del crescente impegno con cui si stava agendo a favore della rimozione di ogni «ostacolo» in grado di opporsi «alla propagazione delle scoperte» ed alla conseguente affermazione dei contenuti scientifici del nuovo sapere medico[30].

In una simile prospettiva risultava tanto più importante riuscire a controllare l'attività di tutti quegli operatori cosiddetti subalterni, i quali, vivendo a stretto contatto con la popolazione, più di altri potevano contribuire al successo dell'iniziativa. Mammane, veterinari e chirurghi, soprattutto i semplici flebotomi, potevano agevolare la diffusione sul territorio dei nuovi principi etico-igienici, ma al tempo stesso, proprio per la loro posizione di «confine», rischiavano più di altri di scoprirsi difensori di tutto quell'insieme di tradizioni e rappresentazioni dell'esistenza contro le quali s'indirizzava l'azione moralizzatrice del governo nei confronti della popolazione[31].

mazione sui temi trattati in queste sedi sembrava comunque avere un'ampia circolazione. Il medico trentino Giambattista Catturani, che partecipò alla quinta riunione di Lucca, si premurò di far avere il diario della riunione al collega Francesco Saverio Chesi, medico distrettuale di Tione, con la preghiera di passarlo a sua volta ad altri medici (BRUTI, 1964). Ad ulteriore testimonianza dell'attenzione con cui erano seguiti questi congressi, si può citare anche la pubblicazione sul «Giornale agrario dei distretti trentini e roveretani» del 1848 di alcune relazione tenute al IX congresso (BERTI, 1848 e ZAMBELLI, 1848).

[29] È nota in ambito trentino l'attività svolta ad esempio dall'Accademia degli Agiati di Rovereto cui si affiancano vari circoli scientifico-culturali animati da personalità di spicco. Un esempio fra tutti il salotto del farmacista e presidente dell'Accademia stessa Pietro Cristofori (1765-1848) di Rovereto, *Pietro Cristofori*, 1926.

[30] Di tale esigenza si fece portavoce anche CANELLA, 1828. Evidentemente un aspetto importante di questo sforzo teso all'aggiornamento era il raggiungimento di un'integrazione reciproca del personale in grado di intensificare i rapporti e facilitare il passaggio nonché l'assimilazione dei nuovi contenuti. A tal fine è utile lo studio di COLEMAN-KATZ-MENZEL, 1966 nel quale viene seguita la diffusione di una nuova medicina posta in relazione con i legami e i contatti fra medici.

[31] LONNI, 1984.

1. *La ricerca di un confine fra lecito e illecito: l'iniziativa statale a favore di levatrici, zooiatri e chirurghi*

Il decreto governativo bavaro del 10 luglio 1807 stabiliva che tutte quelle donne che in futuro si sarebbero volute dedicare all'ostetricia avrebbero dovuto recarsi ad Innsbruck per frequentarvi l'apposito corso tenuto annualmente a partire dalla metà di maggio[32]. Solo nel caso in cui la partenza della candidata avesse privato la comunità dell'unica levatrice attiva si sarebbe potuto consentire di farle avere una prima istruzione dal medico circolare e in modo da abbreviare la successiva permanenza ad Innsbruck. L'anno dopo un'altra circolare governativa del 16 aprile 1808 comunicava ufficialmente l'inizio dei corsi per il 16 di maggio e invitava nuovamente tutte le comunità con disponibilità di almeno due levatrici ad inviarvi una propria candidata[33].

Il successivo governo italico ribadì analoghi provvedimenti.

Un decreto prefettizio del 6 maggio 1811 sollecitava le comunità ancora prive di una mammana regolarmente istruita a provvedervi prontamente, inviando entro la fine di settembre una propria candidata all'Ospizio di Santa Caterina alla Ruota di Milano dove funzionava un corso d'ostetricia della durata di due anni con riserva di posti per tutti quei comuni del Regno d'Italia che avessero voluto aderire all'invito[34]. Per essere ammesse all'istituto occorreva avere un'età compresa fra i 18 e i 30 anni, essere vaccinate, godere di buona salute fisica e saper sufficientemente leggere e scrivere. Inoltre le comunità di origine dovevano assicurare un'indennità di 600 lire annue necessarie al sostentamento dell'allieva durante il periodo di permanenza a Milano.

L'anno dopo, in alcune sedute della Congregazione di Cari-

[32] *Foglio d'avvisi per il Circolo dell'Adige*, 1807, n. 31, p. 139.

[33] *Foglio d'avvisi per il Circolo dell'Adige*, 1808, n. 20, p. 419.

[34] BCT, *Archivio comunale moderno, Sanità, XXIII, 1811-1812*, cart. n.n. Sulle vicende di questa scuola, attiva fin dal 1787 presso l'Ospedale Maggiore di Milano, si sofferma BELLONI, 1960.

tà di Trento, fu perfino discussa l'ipotesi di acquistare un edificio per collocarvi la scuola d'ostetricia dipartimentale[35]. Il disegno non fu realizzato, ma l'episodio testimonia ugualmente di quanto fosse sentito il problema della formazione delle mammane. Evidentemente il solo fatto di delegare alle più anziane ed esperte levatrici[36], secondo un sistema «tradizionale», la preparazione delle nuove ostetriche o di affidare la responsabilità ai singoli medici, non soddisfaceva più la domanda di garanzie sulla correttezza scientifica delle nozioni apprese.

Il progetto di aprire a Trento o nelle sue immediate vicinanze un istituto di formazione per le mammane fu nuovamente riproposto di lì a pochi anni.

Una lettera della Cancelleria aulica del 25 giugno 1819 comunicava al Capitanato circolare di Trento l'«espressa volontà di Sua Maestà» di far erigere a Trento, «a carico dell'Erario, un ospedale di fanciulli esposti cui sia unito un Istituto per le partorienti ed una scuola di ostetricia per commodo delle mammane»[37]. In attesa, tuttavia, che un simile progetto fosse giunto a realizzazione si sarebbe dovuto far fronte alle necessità contingenti ricorrendo alla consueta collaborazione dei medici. Così come nel secolo precedente

[35] AST, *Congregazione di Carità, 1812*, cart. 2. La discussione fu suggerita, molto probabilmente, dal decreto italico del 4 agosto 1807 che stabiliva l'istituzione in ogni capoluogo di Dipartimento di tre scuole speciali: una prima di clinica medica, una seconda di clinica chirurgica ed infine una terza di ostetricia (*Bollettino delle leggi del Regno d'Italia*, dal primo luglio al 30 settembre 1807). Tutte queste scuole, lì dove partirono, vennero soppresse nel 1817 (ASM, *Studi p.m.*, cart. 417).

[36] Con un ordine del 13 febbraio 1812 il prefetto del Dipartimento dell'Alto Adige autorizzò la mammana Mezmer di Trento ad occuparsi dell'istruzione pratica di Gioseffa Lenzi (BCT, *Archivio comunale moderno, Sanità, XXIII, 1811-1820*, cart. n.n.). Evidentemente questo passaggio di conoscenze privilegiava il rapporto madre-figlia. È il caso, ad esempio, di Elisabetta Rubbieri di Trento istruita dalla madre Elisabetta Iseppi (BCT, *Archivio comunale moderno, Sanità, X, 1825*, cart. n.n.) o di Teresa Wedal di Trento, anch'essa istruita dalla madre Anna Mezmer (BCT, *Archivio comunale moderno, Sanità, X, 1825*, cart. n.n.).

[37] ANDERLE, 1981, p. 139.

era stata delegata di volta in volta a dei medici l'istruzione delle mammane[38], anche in questo frangente il Capitanato circolare di Trento affidò fin dall'anno successivo al neoeletto chirurgo circolare di Trento, Francesco Fontanari, e sotto la supervisione del medico circolare, l'incarico di preparare «nell'arte ostetricia» tutte quelle donne disponibili a volerla apprendere. Il corso, della durata di tre mesi, si sarebbe dovuto tenere presso l'abitazione del Fontanari stesso a partire dall'1 novembre e dava diritto, una volta superato il previsto esame finale, al rilascio del «decreto di approvazione»[39]. Si trattava, ad ogni modo, di una misura straordinaria che non disconosceva minimamente l'opzione di fondo favorevole al riconoscimento della frequenza degli specifici istituti d'istruzione come unico ed indispensabile requisito per l'esercizio della professione ostetrica. Un decreto governativo del 9 aprile 1821 decretava, infatti, ufficialmente l'inaugurazione presso il Liceo d'Innsbruck di un corso semestrale d'ostetricia in lingua italiana per le «mammane e ostetricanti del Tirolo meridionale», dando così concreta applicazione a quella norma che tributava valore per l'appunto solo a «quelle istruzioni ed approvazioni che derivavano da un pubblico istituto».

Successivamente un decreto aulico del 15 febbraio 1823 concesse a tutte le residenti nel Tirolo meridionale, che avessero voluto intraprendere lo studio dell'ostetricia, di poter

[38] Un esempio noto è l'incarico d'insegnamento affidato al medico Giacomo Tranquillini di Rovereto (STEDILE, 1990, pp. 174-175). Costui svolse la formazione probabilmente fra il 1770 e il 1772. Dopo di tale data non si hanno, infatti, altre notizie di questo corso, che fu sicuramente superato nel 1774 dalla legge che definiva l'ordinamento di tutte le scuole ostetriche nei paesi riuniti sotto la dominazione austro-ungarica (DEBIASI, 1981). Ulteriore passaggio fu l'inaugurazione il 15 maggio 1775, ad Innsbruck, della scuola per ostetriche «in cui colle machine, o sia istrumenti venuti da Vienna» si sarebbero istruite tutte le levatrici inviatevi dalle comunità del Tirolo (AST, *Ufficio vicariale di Königsberg-Grumes-Lavis, Sanità, 1748-1784*, cart. n.n.). Altro incarico d'insegnamento, più limitato, fu quello affidato nel 1773 al medico Giovanni Francesco Gottardi di Mezzocorona per le mammane inviategli dalle comunità di Spor e Flavon (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1805*, Z. 2103).

[39] AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità, 1820*, cart. n.n.

scegliere per l'istruzione indifferentemente la sede di Padova o quella di Innsbruck[40]. Un decreto governativo del 26 ottobre stabilì a sua volta l'esatto ammontare dei contributi con cui le singole comunità avrebbero dovuto concorrere alla formazione delle proprie allieve[41].

Le autorità di governo pensarono di sostenere il progetto formativo anche attraverso altri interventi: fra questi l'istituzione di fondi giudiziali per soccorrere le comunità più povere[42] e la definizione di esatti compensi per le ostetriche regolarmente istruite. In tal senso un decreto della Cancelleria aulica del 15 agosto 1822, rinnovato nel 1824, prevedeva espressamente l'assegnazione di un salario non inferiore ai venti fiorini annui a tutte le mammane regolarmente approvate[43].

40 *Raccolta delle leggi provinciali*, MDCCCXXIII, pp. 183-186.

41 *Ibidem*, pp. 581-584.

42 La creazione di questi fondi giudiziali era prevista dalla stessa norma che rinnovava l'invito a stipendiare regolarmente le levatrici diplomate, ma mancano testimonianze circa la loro reale attivazione (*Raccolta delle leggi provinciali*, MDCCCXXIV, pp. 357-362).

43 *Ibidem*. Nel decreto si parlava di mammane approvate, ma non essendo stato ancora pubblicato quello relativo alle «tollerate», con questo termine erano sicuramente indicate solamente quelle che avevano frequentato regolarmente dei corsi d'istruzione o tuttalpiù coloro che avevano sostenuto un esame di abilitazione presso qualche commissione sanitaria o qualche medico circolare. Il valore incentivante attribuito allo stipendio, introdotto ufficialmente col decreto della Cancelleria aulica del 15 agosto 1822, era peraltro chiaramente spiegato in quello successivo del 18 giugno 1824 che ne confermava il contenuto: «Non si può negare – vi è scritto – e le Autorità medesime nol negano, che la mancanza di un sufficiente sostentamento delle levatrici è di una pregiudicevole influenza non solo riguardo alla stima, che debbono godere, ma ben anco riguardo alle loro operazioni; e quindi non si può aderire così senz'alcuna restrizione al voto manifestato dalla maggior parte delle Comuni e dei Giudici e perfino anche d'alcuni Capitanati di Circolo, che si riconoscano per sufficienti all'uopo i contratti stipulati colle levatrici, in forza dei quali esse hanno un salario inferiore a quello prescritto» (*ibidem*). A tal proposito si può citare anche quanto scriveva il giudizio distrettuale di Cavalese al capocomune di Ziano il 10 maggio 1820: «A termine dell'ordine generale intimato ai capocomuni l'anno passato e nel momento che si trattava di spedire le mammane ad Innsbruck per renderle qualificate all'esercizio della loro arte è espressamente contenuto

Si trattava evidentemente di provvedimenti dei quali non è possibile stabilire al momento, sulla base dei dati frammentari in possesso, l'esatta incidenza sul processo di formazione. Un dato è tuttavia certo: la prospettiva di un salario sicuro fu di stimolo per molte donne per proporsi volontariamente quali candidate all'istruzione. Numerosi gli esempi in tal senso: nel Giudizio distrettuale di Vezzano le due donne Margherita Corradini e Benvenuta Varner si contendono nel 1821 l'opportunità di recarsi ad Innsbruck per ottenervi l'approvazione ufficiale[44]. La scelta cadde sulla Corradini, ma l'anno successivo la Varner chiese ed ottenne l'autorizzazione di recarsi ad Innsbruck per sostenervi a proprie spese gli studi e regolarizzare così una posizione nella quale vantava oramai quindici anni di servizio[45]. Altro esempio fra i tanti Domenica Leonardelli di Besenello: costei nel 1827 si dichiarava disposta a recarsi a Padova per ricevervi la necessaria istruzione e servire quindi al suo rientro le comunità di Calliano e Besenello[46]; o ancora una certa Lucia Holzhauser di Borgo Valsugana che nel 1828 supplicava il governo provinciale di ordinare al comune di Borgo di «spedirla a sue spese nell'Imp. Reg. Liceo d'Innsbruck per essere istruita ed abilitata all'esercizio di mammana» oppure di venire «rimunerata e beneficata del servigio prestato in passato» accordandole un «congruo annuo salario vita di lei durante»[47]. Non sempre le domande vengono accolte, come nei due ultimi casi citati, ma i vari episodi testimoniano egualmente il modo in cui la prospettiva di una sicura rendita economica spingesse anche le più anziane ed esperte mammane ad accettare i disagi della formazione e a

che le mammane qualificate otterranno, oltre le mercedi da incassarsi dai particolari, un salario fisso comunale, che saranno tenute a prestare la loro assistenza gratuitamente solamente a quelle famiglie che sono assolutamente povere» (ACZ, *Lettera L*, fasc. XI, n. 2).

[44] AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano, Sanità, 1820*, cart. n.n.

[45] AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano, Sanità, 1822*, cart. n.n.

[46] ACB, *Tasse e varie, 1827*, cart. n.n.

[47] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1829*, Fasz. 2453, Z. 218.

uscire da quell'anonimato che in parte assicurava loro piena autonomia d'azione.

Con l'inaugurazione l'1 ottobre 1832 del primo corso d'ostetricia presso la scuola del Triplice Istituto delle Laste, vicino a Trento, si realizzò definitivamente quel progetto già discusso dalla Congregazione di Carità di Trento nel 1812, più volte sostenuto dal medico circolare di Trento Domenico Mattassoni e quindi avviato a soluzione dalla comunicazione sovrana del 1819. Da questo momento e fino al 1870, anno in cui furono ordinate la sua chiusura e la sua fusione con la casa per partorienti fondata una decina di anni prima ad Innsbruck[48], tutte le levatrici diplomate operanti sul territorio trentino passarono per questo istituto.

Altra importante figura di operatore sulla quale ha insistito l'intervento delle autorità di governo nella realizzazione di un capillare programma d'istruzione è quella del cosiddetto «zooiatro»[49].

[48] ANDERLE, 1981, pp. 173-176. Il capitolo terzo del piano di organizzazione dell'Istituto degli esposti e delle partorienti delle Laste, approvato il 14 dicembre 1832, così programmava l'istruzione delle mammane:
«1.mo Questa istruzione si dà in lingua italiana a quelle dei Circoli meridionali del Tirolo, che vogliono imparare l'arte delle mammane teoreticamente e praticamente nell'istituto delle partorienti , cioè quella teoretica nella camera dell'istruzione, e quella pratica nella sezione gratuita delle gravide e delle partorienti.
2. Ogni anno si daranno due corsi, il primo dal cominciamento di Ottobre sino all'ultimo di Febbrajo, ed il secondo dal primo di Marzo sino all'ultimo di Luglio.
3. Il cominciamento del corso sarà sempre indicato nelle gazzette 8 settimane prima.
4. In questa istruzione si osserverà esattamente quanto è prescritto nel piano degli studi medico-chirurgici dell'anno 1804 e 1810.
5. Direttore di questo istituto è il medico circolare.
6. Gli esaminatori nei rigorosi sono il Direttore, ed il Professore, ed un medico pratico assistente ai parti, della città di Trento, ovvero il chirurgo circolare» (*Raccolta delle leggi provinciali*, MDCCCXXXII, pp. 861-866).

[49] Una petizione dell'11 febbraio 1808, firmata dagli alunni dell'Istituto di veterinaria di Milano, proponeva di sostituire sui bottoni dell'uniforme la dicitura «Regia scuola veterinaria» con quella di «Regia scuola di zooiatria, perciocché il termine veterinari da cui hanno tratto quello di veterinaria (nome totalmente vuoto di senso) altro non vuol dire se non

In una lettera circolare del 10 marzo 1819, diffusa dal Capitanato circolare di Trento e suggerita da un precedente decreto governativo del 2 gennaio, si sottolineava, infatti, l'importanza di giungere quanto prima ad «impiegare in qualità di veterinari soltanto coloro i quali [avessero] regolarmente assolto i relativi studi presso [gli Istituti di Milano o Vienna], onde poter loro affidare poi con sicurezza e tranquillità l'esclusivo esercizio nell'arte suddetta».

Pochi anni dopo lo stesso Capitanato, richiamandosi ad un nuovo decreto governativo del 19 ottobre 1823, sosteneva il bisogno di una maggiore diffusione sul territorio di veterinari istruiti ed invitava le varie cariche giudiziali ad intervenire presso le comunità locali per convincerle, «senza però imporre loro tale cosa forzosamente», ad affrontare quanto prima la necessaria spesa per l'istruzione di alcuni individui presso gli istituti a ciò delegati[50]. Due ulteriori provvedimenti dell'anno dopo avrebbero dovuto accellerare il processo: la sospensione, così per lo meno a Padova, del rilascio di qualsiasi licenza per l'esercizio della veterinaria e mascalcia da parte delle autorità accademiche[51] e la pubblicazione con decreto governativo del 23 luglio delle *Prescrizioni relative ai veterinari*, che anticipavano, sulla base delle indicazioni fornite dalla Commissione aulica per gli studi di Vienna, l'istituzione presso gli istituti veterinari di Vienna e Milano dei corsi d'istruzione per «veterinari propriamente tali» e per «maniscalchi» o «bassi veterinari»[52]. I primi erano solo coloro che, avendo già conseguito il titolo accademico di medico o chirurgo, volevano aggiungere al proprio *curriculum studiorum* la specializzazione in veterinaria della durata di due anni; i secondi, invece, provenivano da un'attivi-

che animale atto a portare; il vocabolo all'incontro zooiatra, esprime direttamente la medicina di tutti gl'animali utili al commercio degli uomini» (ASM, *Studi p.m.*, cart. 1240)».

[50] BCT, *Archivio comunale moderno, Sanità, X, 1824*, cart. n.n.

[51] Nello stesso momento veniva anche sospeso il rilascio di qualsiasi autorizzazione o patente per l'esercizio della veterinaria e mascalcia (ASUP, *Cronaca della facoltà medica dall'anno 1815 al 1833*, p. 179).

[52] *Raccolta delle leggi provinciali*, MDCCCXXIV, pp. 551-564.

tà lavorativa che dovevano avere esercitato come «garzoni», sotto un maestro dell'arte. Essi dovevano esibire attestati di appreso mestiere e di alfabetizzazione, entrambi indispensabili per l'ammissione ad un corso biennale che avrebbe dovuto fornire alcuni elementi «intorno alle epizoozie e alla polizia veterinaria», sufficienti per poterli impiegare con successo in caso di necessità e in mancanza di veterinari.

È sulla base di questo decreto che il Capitanato circolare di Rovereto elaborò un piano per la distribuzione dei veterinari sul territorio del proprio circolo. Un ordine del 21 gennaio 1825 disponeva che tutte le rappresentanze comunali dei vari distretti partecipassero entro la fine del mese di febbraio alla scelta di due individui fra medici e chirurghi laureati e di otto fra i «veterinari empirici» da inviare quanto prima a Milano per seguirvi i due diversi corsi. Il contributo spese veniva fissato in 350 fiorini annui per i medici o chirurghi e in 250 per i semplici «veterinari empirici», mentre l'onorario rispettivamente in 200 e 150 fiorini annui[53].

[53] Il piano di distribuzione prevedeva che i due individui, scelti fra i medici e i chirurghi, risiedessero nei centri di Riva e Rovereto, mentre gli altri otto, scelti fra i «maniscalchi o empirici veterinari», in quelli di Condino, Tione, Stenico, Pieve di Ledro, Arco, Ala, Villa Lagarina e Folgaria. Per questa seconda classe d'individui erano richiesti i consueti requisiti, ossia una buona reputazione, un'età compresa fra i 20 e i 30 anni, saper leggere e scrivere, una sana costituzione fisica, nonché aver sostenuto la vaccinazione. Fra gli obblighi imposti al termine degli studi vi erano invece:
«1. la sorveglianza sopra inesperti maniscalchi, o ferratori del proprio distretto;
2. la sorveglianza sopra pubblici, o privati macelli, sopra bestie perite, e specialmente sopra tali, delle quali è ignota la causa di morte;
3. visite uffiziose periodiche e perlustrazioni del bestiame malgheggiante nel tempo di estate sulle alpi. Investigazioni delle varie località a pascolo destinate, loro natura, difetti, mancanze, con rassegna in di ciò di rapporti al rispettivo Giudizio;
4. particolare cura e zelo in casi di epizoozie con rassegna di circonstanziati e solleciti rapporti;
5. l'obbligo di prestarsi ... a cura di sporadiche malattie del bestiame del proprio distretto;
6. sorveglianza, che venghino esattamente osservate le sanitarie discipline che mirano la salute, conservazione, e buono stato degli utili animali domestici» (ACR, cart. 49).

L'obiettivo di affidare la salvaguardia della salute pubblica a personale sanitario «competente» e opportunamente istruito non risparmiò infine i chirurghi.

Già nel 1808 un progetto bavarese prevedeva l'istituzione di speciali scuole per la formazione di cosiddetti «medici di campagna»[54]. Si trattava, in realtà, di riformare le esistenti scuole chirurgiche di Monaco, Bamberg ed Innsbruck, in modo tale da creare degli operatori un po' particolari, ossia dei chirurghi destinati alla cura di quelle parti di popolazione più restie e impossibilitate a servirsi del medico laureato. Gli studi triennali avrebbero dovuto così comprendere, oltre all'insegnamento della chirurgia e dell'ostetricia, anche «quella parte di medicina che in puro riguardo tecnico ha più prossima relazione colla guarigione delle malattie»[55]. Si pensava in altri termini di accrescere le conoscenze dei chirurghi in modo da limitare il danno causato dal loro imprudente impiego in medicina.

«Siccome il contadino nonché l'infima classe degli abitanti nelle città non voleva o non poteva servirsi del medico più colto, così, nelle sue malattie, onde non restar senza aiuto rivolgevasi a persone non approvate di ogni specie ed i chirurghi stessi indotti e dall'occasione e dalla povertà divenivano generalmente medici guastamestieri»[56].

Il decreto istitutivo del 29 giugno 1808 stabiliva l'apertura delle scuole entro la Pasqua dell'anno successivo[57]; parlava

[54] «Foglio d'avvisi per il Circolo dell'Adige», 1808, n. 40, pp. 659-669. Una risoluzione sovrana del 23 luglio 1816 stabiliva che gli eventuali «medici di campagna» regolarmente diplomati dai tre istituti avrebbero ottenuto dignità pari a quella dei chirurghi austriaci (ASUP, *Cronaca della facoltà medica dall'anno 1815 al 1833*, tomo I, p. 9).

[55] *Ibidem*, p. 662.

[56] *Ibidem*, p. 661.

[57] L'apertura di queste scuole fu in realtà rinviata a nuova data con un decreto del 18 marzo 1809 («Foglio d'avvisi per il Circolo dell'Adige», 1809, n. 23, pp. 211-212). Quando entrarono in funzione, restandolo fino al 1815, il territorio trentino era già stato inglobato nel Regno d'Italia. I «medici del contado», di cui l'unico rappresentante in Trenti-

anche della possibilità di caricare le singole comunità delle relative spese d'istruzione e di distribuire simili operatori uno ogni 3000 abitanti.

Non doveva essere mancato, tuttavia, qualche timore sulla possibilità di favorire in questo modo la formazione di un gruppo di potenziali concorrenti del medico. Le stesse indicazioni di metodo fornite dal decreto istitutivo sul modo in cui trattare l'insegnamento di alcune materie danno la misura dell'ambiguità avvertita dal legislatore stesso.

«I maestri delle nuove scuole devono nelle loro lezioni attenersi strettamente a ciò, che la pura osservazione della natura e la semplice induzione intorno ai rapporti del corpo umano nello stato di sanità e di malattia, intorno all'influsso della dieta, ed all'effetto del metodo di cura nelle malattie ha insegnato; che essi nell'osservare questo principio devono bensì combinare insieme gli oggetti in modo tale che possano di leggero imprimersi nella memoria dei loro scolari, ma devono però attenersi dal frammischiarvi il puro speculativo e guardarsi dall'impegno di una libera scientifica esposizione secondo i principi di una qualche filosofia di presente in voga, o che fosse per divenirla in futuro»[58].

no fu forse un certo Paolo Valduga di Aldeno, ricordato in un elenco del 1836 col titolo di *Landwundarzt* (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1837*, Fasz. 2470, Z. 277), furono successivamente parificati ai chirurghi con un decreto della Cancelleria aulica del 12 settembre 1816 (*Raccolta delle leggi provinciali*, dal 1mo maggio sino all'ultimo dicembre MDCCCXVI, pp. 525-530).

[58] «Foglio d'avvisi per il Circolo dell'Adige», 1808, n. 40, p. 664. Identico problema si porrà a metà secolo con la decisione di sopprimere i corsi di chirurgia presso le Università di Pavia e Padova e di ripensare al modo in cui formare una «classe d'individui sanitari di basso servizio sanitario»: «Si dovrà avvertire ... – è scritto in un ordine della Delegazione provinciale di Milano del 3 gennaio 1853 – che la istituzione d'individui di basso servizio sanitario della quale si parla ha unicamente per scopo la loro destrezza ed esperienza nel praticare i più comuni soccorsi chirurgici, e non quello di creare saccenti in medicina con che sarà da evitare tanto di esigere in essi una maggiore coltura scientifica preparatoria di quella che possa occorrere, come anche di far impartire ad essi un insegnamento più scientifico che pratico, o di prolungare questo insegnamento oltre il bisogno, guardandosi eziandio dal somministrare loro il minimo fomite all'esercizio della pratica medica o chirurgica» (AOM, *Archivio rosso*, *Scuole flebotomia*, cart. 321).

È bene chiarire a questo punto come l'azione normativa finalizzata all'introduzione di nuove regole nell'approvazione ed abilitazione dei chirurghi mirasse soprattutto a metter ordine in quella fascia di operatori formata dai cosiddetti chirurghi minori o flebotomi e fosse di segno affatto contrario a quanto analizzato per le altre due categorie delle mammane e dei veterinari. Nei loro confronti si cercò, infatti, d'intervenire in modo da controllarne efficacemente il numero e l'attività e non certo per promuoverne la formazione presso gli specifici istituti. L'invito ribadito nell'istruzione per i medici distrettuali del 1846 di sorvegliare più in generale i chirurghi affinché «si astengano da ogni ciarlataneria, dal pronunciare oracoli in vista dell'urina ... e che specialmente nei casi di complicata malattia non pongano troppa confidenza nel loro sapere in punto di medicina»[59] è un chiaro riflesso di questo atteggiamento.

Nel periodo del secondo governo austriaco e limitatamente alla prima metà dell'Ottocento, i chirurghi minori ottenevano l'abilitazione ad esercitare solo se approvati dai competenti gremi chirurgici e al termine di un periodo di pratica seguito presso l'officina di un chirurgo maggiore. In ogni caso la regola base imponeva di procedere nei loro confronti con somma cautela, limitando il rilascio di nuove abilitazioni[60] e comunque esonerando simili personaggi da ogni incarico pubblico. In tal senso si possono citare, fra i tanti esempi, il divieto di vaccinare imposto a Leto Cainelli e la rimozione dall'incarico di chirurgo criminale di Trento di Dionigio Gerloni. Un ultimo significativo episodio è il provvedimento, reso noto dal Capitanato circolare di Trento il 26 settembre 1827, col quale si stabiliva una volta per tutte la cancellazione dal ruolo dei chirurghi dei semplici flebotomi[61]. D'ora in

[59] AST, *Capitanato circolare di Trento, Sanità, 1846*, cart. 202.

[60] L'i.r. Aulica Commissione degli Studi rammentava in suo dispaccio del 20 novembe 1819, indirizzata alla facoltà medica di Padova, la proibizione di «approvare dei cosiddetti flebotomi» (ASUP, *Cronaca della facoltà medica dall'anno 1815 al 1833*, tomo I, p. 98).

[61] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1827*, Z. 22339.

avanti gli elenchi del personale sanitario non avrebbero più compreso i cosiddetti chirurghi minori.

Le limitazioni imposte, dunque, fanno sì che il gruppo di flebotomi o chirurghi minori attivo in Trentino nella prima metà del secolo XIX sia per lo più formato da quanti avevano ottenuto l'autorizzazione ad esercitare durante i periodi di governo bavarese e italico. Una nota del Capitanato circolare di Trento del 27 novembre 1826 informava il governo provinciale che durante il precedente governo italico gli unici requisiti richiesti per ottenere il titolo di flebotomo erano un certo periodo di pratica condotta in ospedale o il servizio prestato presso qualche chirurgo maggiore: l'abilitazione ottenuta dalle Commissioni dipartimentali di Sanità lo autorizzava ad occuparsi di «salassi, clisteri, applicazioni delle sanguisughe e dei vessicanti e tuttalpiù della cura di qualche tumoretto»[62]. Il tutto secondo quanto previsto dal decreto del 5 settembre 1806 che stabiliva per l'appunto che per essere ammesso all'esame di flebotomia (chirurgia minore) era necessario aver fatto due anni di pratica nell'ospedale primario del capoluogo di un Dipartimento o di altro luogo purché «riconosciuto idoneo superiormente». Per poter sostenere l'esame e svolgere la professione era richiesta «la flebotomia delle vene del braccio, della mano, del piede e della giugulare, l'applicazione di coppette, di mignatte, di vescicatori, l'estrazione dei denti ed altre operazioni da dentista, alcune fasciature delle più usuali, la medicatura di piaghe semplici»[63].

Già dal secolo precedente, tuttavia, lo sviluppo dell'anatomia patologica aveva contribuito a trasformare profondamente sia la pratica chirurgica sia il profilo professionale di chi la esercitava. Accanto alla figura tradizionale del chirurgo, cui sarebbe spettata per lo più l'esecuzione di semplici operazioni, fece la sua comparsa il «chirurgo scientifico», ossia l'*operateur* di tradizione francese, cui competevano gli interventi più complessi e delicati di cosiddetta alta chirur-

[62] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1826*, Fasz. 2447.

[63] ASM, *Studi p.m.*, cart. 269.

gia. Costui il più delle volte era un medico laureato che aveva conseguito il titolo accademico anche in chirurgia o tuttalpiù, fino a metà Ottocento, un chirurgo maggiore che ha conseguito il proprio diploma al termine di un corso universitario[64]. La figura dell'*operateur* era fulcro, dunque, di quell'importante processo conclusosi tra la metà e la fine del secolo XIX che vide l'assorbimento in un'unica figura del medico e del chirurgo. Il 1852 marca il punto di non ritorno in questo passaggio, almeno per la penisola italiana. In questo anno, infatti, vennero definitivamente aboliti i corsi di diploma in chirurgia nelle due università di Pavia e Padova[65]. In via del tutto eccezionale era stata però offerta, a quanti già in possesso del diploma conseguito al termine di questi corsi, l'opportunità di conseguire anche il titolo in medicina, frequentando un anno integrativo[66]. Dopo di allora i chirurghi maggiori, quei pochi superstiti[67], verranno via via associati nella considerazione generale ai flebotomi o bassi chirurghi del passato e come loro fatti bersaglio di continue critiche e più severi controlli.

Una diretta conseguenza del mutamento fu il progressivo ridimensionamento del loro campo d'azione. Già nel 1845 si

[64] Una circolare governativa del Lombardo-veneto del 16 settembre 1842 riconosceva identiche facoltà e prerogative tanto ai dottori in chirurgia quanto ai chirurghi maggiori o maestri di chirurgia (ASUP, *Cronaca della Facoltà medica dall'anno 1833 a tutto il 1866*, tomo II, pp. 152-153).

[65] AOM, *Archivio rosso, Scuole flebotomia*, cart. 321.

[66] La facilitazione fu introdotta coi decreti 16 agosto e 23 ottobre 1849 dal Ministero del Culto e Pubblica istruzione del governo lombardo-veneto, ma subito dopo revocata con dispaccio del 31 luglio 1853 (ASUP, *Cronaca della facoltà medica dall'anno 1833 a tutto il 1866*, tomo II, p. 266).

[67] Il dato non è esattamente quantificabile poiché il numero dei chirurghi segnalati nelle varie relazioni sanitarie tiene conto sia dei chirurghi maggiori, sia dei chirurghi laureati. Così almeno nelle relazioni annue del protomedico per gli anni dal 1820 al 1839 (cfr. tav. 8) (TLAI, *Jüngeres Gubernium*, *Sanität*, *Sanitätsberichte*, *1820-1830*, Fasz. 2438 e *Sanitätsberichte*, *1831-1839*, Fasz. 2458). Ciò nonostante risulta abbastanza evidente come il numero dei «chirurghi» restò pressoché invariato nello spazio di quasi vent'anni, mentre aumentò contemporaneamente quello dei medici-chirurghi (cfr. tav. 5).

TAV. 8. *Numero dei chirurghi attivi nei diversi circoli della Provincia del Tirolo fra il 1820 e il 1839*

Anno	Inn.	Bru.	Sch.	Imst	Bre.	Bol.	Rov.	Tre.	Tot.
1820	18	29	49	42	42	60	27	40	307
1821	14	30	52	42	38	51	32	41	300
1822	13	31	53	42	35	54	27	43	298
1823	14	29	50	40	35	55	29	41	293
1824	13	30	53	41	36	57	30	43	303
1825	–	–	–	–	–	–	–	–	–
1826	14	31	57	41	35	55	11	40	284
1827	13	30	55	45	36	54	11	36	280
1828	11	24	61	51	40	59	13	48	307
1829	11	32	59	50	–	64	10	51	277
1830	9	31	57	47	41	66	10	53	314
1831	9	34	56	48	43	67	11	40	308
1832	10	33	58	47	40	65	12	43	308
1833	9	33	57	47	41	62	12	42	303
1834	9	32	57	46	42	59	14	42	301
1835	9	33	57	43	46	61	15	40	304
1836	11	33	58	47	48	61	13	40	311
1837	11	31	60	46	45	61	13	39	306
1838	12	29	62	46	48	61	14	44	316
1839	11	31	67	47	47	62	12	47	324

[*Legenda*: Inn. = Innsbruck; Bru. = Brunico; Sch. = Schawtz; Imst = Imst; Bre. = Bregenz; Bol. = Bolzano; Rov. = Rovereto; Tren. = Trento]

emanò un provvedimento restrittivo sui requisiti necessari per l'esercizio della professione dentistica[68], attività un tempo a totale appannaggio dei semplici chirurghi minori se non addirittura degli occasionali «cavadenti» di piazza. In ultimo, a fine secolo, fu proibito anche l'esercizio della sola

[68] «Avendosi dall'esperienza, che i dentisti si permettono degli abusi relativamente ai diritti dei chirurghi, che possedono un'officina, nonché a quelli dei Dottori di medicina e di chirurgia, l'Eccelsa Imp. Reg. Commissione aulica per gli studi di concerto coll'Eccelsa Imp. Reg. Cancelleria aulica riunita prescrisse coll'alto decreto dei 13 corrente, Nr. 8755, che d'ora innanzi il diritto di esercitare la professione di dentista non venga accordato che ai così detti patroni di chirurgia, i quali oltre il diploma di dentista hanno anche il diritto di esercizio di chirurgia, ovvero un'impiego pubblico» (*Raccolta delle leggi provinciali*, 1845, pp. 724-726).

flebotomia o chirurgia minore[69]. Si chiudeva, così, una lunga parabola discendente, legata in un certo senso al declino di una pratica terapeutica, quella del salasso[70], sempre più avversata dalla teoria medica e che aveva suscitato ampie dispute anche nel Trentino della seconda metà dell'Ottocento: fra queste le aspre polemiche sull'opportunità del salasso che opposero a lungo il chirurgo maggiore Giuseppe Panato, ultimo trentino ad ottenere un simile diploma presso la scuola di Innsbruck, al medico primario dell'Ospedale civile Santa Chiara di Trento Emilio Dallarosa. Quest'ultimo, ignorando oramai ogni distinzione fra chirurgia maggiore e minore, indicava negli individui quali il Panato, seguaci della scuola di bassa chirurgia, i peggiori nemici della salute del popolo[71].

2. *I tempi della risposta*

La riuscita del piano di formazione per levatrici e maniscalchi-veterinari puntava, come si è visto, soprattutto sul diretto coinvolgimento delle comunità, chiamate a farsi carico delle spese d'istruzione prima e di un regolare stipendio poi. La risposta alle ripetute e numerose sollecitazioni non fu, però, né immediata né massiccia.

Durante il periodo bavarese non si ha, infatti, alcuna testimonianza di levatrici diplomatesi ad Innsbruck, mentre per quanto riguarda i veterinari vi è da annotare l'invio a Milano del solo Dionigio Gerloni[72]. Costui, prescelto ufficialmente

[69] FLEXNER, 1912, p. 25.

[70] CARTER, 1982.

[71] BCT, ms 5523, *Ricordi delle istituzioni sanitarie e di medici trentini fino alla fine dell'800 di Leopoldo Pergher.*

[72] Dionigio Gerloni, figlio di Bartolomeo, nacque a Trento nel 1784 e vi morì ancora giovane nel 1829. Era membro di una famiglia di farmacisti e chirurghi stabilitasi in città agli inizi del secolo XVIII. S'incontra per la prima volta il suo nome nel 1806 quando il Magistrato consolare di Trento decise di inviarlo a Milano per apprendervi la scienza veterinaria.

dal Magistrato consolare di Trento che lo indicò quale suo

Giunto nel capoluogo lombardo il Gerloni, in attesa dell'apertura ufficiale dei corsi, frequentò le lezioni private di Giovanni Battista Volpi, responsabile fin dal 1791 della scuola di Milano ed allievo di Bourgelat alla scuola di Alfort (ASM, *Sanità p.a.*, cart. 464). Nel 1810, in base al regolamento del 1807 (ASM, *Studi p.m.*, cart. 1213), fu quindi nominato allievo dipartimentale e mantenuto dall'1 maggio non più a spese della città di Trento, ma del Pubblico erario. In questo stesso anno venne prescelto dal governo italico per essere mandato, insieme a Gio. Antonio Zanetti del Dipartimento del Panaro e a Sebastiano Arvedi del Dipartimento dell'Adige, alla scuola di Alfort, vicino a Parigi, dove conseguì il diploma (ANP, *Serie F10*, c. 1317/18, processo verbale dell'esame e rapporto dell'Inspecteur général des Ecoles Imperiales Vétérinaires Huzard). Partito per Parigi nei primissimi giorni del 1811 si trattenne in Francia per circa diciotto mesi e da qui rientrerà a Trento, passando per Milano, nell'ottobre del 1812 (ASM, *Studi p.m.*, cart. 1241). Respinte le sue richieste di essere eletto «ispettore di tutte le malghe del Dipartimento» e di poter erigere a Trento «un ospitale veterinario» dove «sottoporre ad esame tutti gli armenti e cavalli di ritorno dalle malghe o in cammino per le fiere» (ASM, *Studi p.m.*, cart. 1253), il neodiplomato si arruolò nell'esercito francese dove fu nominato nel marzo del 1813 «veterinario di prima classe presso il primo battaglione di trasporti militari» (ASM, *Studi p.m.*, cart. 1246). Membro anch'egli, così come Francesco Tecini e Giovanni Battista Mazzonelli, della loggia massonica attiva a Trento fra il 1812 e il 1813 (ZIEGER, 1925, pp. 205-206), il Gerloni fu nominato il 29 aprile 1815 «uffiziale di sanità e veterinario pubblico per la città di Trento» (BCT, *Archivio comunale moderno, Sanità, XXIII, 1815*, cart. n.n.). Per questa sua carica tentò in più di un'occasione di farsi riconoscere il pagamento di un regolare stipendio, ma senza successo. Così almeno nel 1822 quando inoltrò una propria supplica direttamente al sovrano (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1822*, Z. 2191). Le sue fonti di reddito erano pertanto legate all'esercizio di altre attività. Innanzitutto quella di flebotomo, per il cui esercizio aveva ottenuto autorizzazione dalla Commissione dipartimentale di Sanità, poi quella di chirurgo criminale di Trento e infine quella di ispettore dell'Ospedale di Santa Chiara, carica alla quale fu eletto il 23 dicembre 1823 (AST, *Congregazione di Carità, Atti concernenti l'amministrazione dell'ospedale, 1823*, cart. 157). Con la sua cancellazione dal ruolo dei chirurghi, ordinata dal Capitanato circolare di Trento il 26 settembre 1827, in quanto semplice flebotomo, fu anche rimosso dall'incarico di chirurgo criminale (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1827*, Z. 22339), cui era stato nominato fin dal 1819 in sostituzione di Luigi Crescini. A testimonianza dei suoi interessi veterinari ha lasciato un breve scritto GERLONI, 1819. Collaborò anche al «Giornale di chirurgia pratica» di Giuseppe Maria Canella pubblicandovi sul numero 12 del dicembre 1829 (pp. 292-338) la traduzione di uno scritto del veterinario francese Fromage Defreugre, *Corrispondenza sulla conservazione ed il miglioramento degli animali domestici con le applicazioni le più dirette all'agricoltura, al commercio, alla cavalleria, al maneggio dei Cavalli, alle razze ed all'economia domestica.*

candidato in una seduta del 15 novembre 1806[73], fu ammesso all'istituto a partire dall'1 febbraio 1808[74] e frequentò il corso per la prevista durata triennale[75]. Rientrò in patria nel 1812 dopo aver trascorso un periodo di studi anche ad Alfort, vicino a Parigi, dove era stato inviato a spese del governo italico.

Neppure l'iniziativa promossa da quest'ultimo governo a favore dell'istruzione di levatrici e veterinari riuscì a cogliere risultati migliori.

In una circolare del 23 luglio 1812, emanata dal vice-prefetto di Riva, si osservava, infatti, come nessun comune del cantone e più estesamente del Dipartimento, avesse raccolto l'invito, formulato dal prefetto in una sua circolare del 29 febbraio 1812[76], di spedire presso l'istituto di Santa Caterina alla Ruota di Milano le proprie candidate[77].

Per quanto riguardava, invece, i veterinari si ebbe solo la nomina nel 1813 del nuovo allievo dipartimentale[78] Michele

[73] ASM, *Studi p.m.*, cart. 1246. Nella stessa riunione fu deciso di concorrere alla formazione del Gerloni con un assegno annuo di 400 fiorini da «scompartirsi fra la Città e la Pretura interna ed Esterna per il corso d'anni tre». Tuttavia, non potendo stabilire la divisione delle spese senza aver prima sentito i sindaci interessati e mostrando il Gerloni «premura di partire», fu concordato che nel frattempo gli fosse versato come anticipo almeno la parte spettante al Magistrato consolare.

[74] Più precisamente la domanda di ammissione fu accolta il 12 gennaio 1808 dopo l'esame di tutti i documenti presentati dal Gerloni (ASM, *Studi p.m.*, cart. 1246).

[75] La durata triennale del corso di studi stabilita dal regolamento del 1807 fu successivamente elevata a quattro anni (ASM, *Studi p.m.*, cart. 1213).

[76] ACR, *Regno d'Italia, Leggi e decreti governiali e militari, 1812*, n. 466. Il riferimento era un precedente decreto dell'agosto 1808 già pubblicato per il Regno d'Italia.

[77] ACR, *Atti riguardanti la sanità*, cart. 45. Una precedente circolare, emessa dalla stessa autorità il 10 novembre 1811, informava che restavano a disposizione ancora 23 dei 36 posti riservati alle allieve dei comuni.

[78] È lo stesso regolamento della scuola del 1807 ad usare il termine di allievo dipartimentale indicando con esso quegli allievi scelti da ogni dipartimento e mantenuti a carico dell'erario.

Gosetti[79] il quale, per l'evolversi della situazione politica, raggiunse Milano solo agli inizi del 1815[80]. Ottenne, quindi, il diploma nel 1819, dopo di che si spinse a Pavia dove conseguì nel 1823 e nel 1827 le lauree rispettivamente in medicina e in chirurgia.

Comprensibili, dunque, le preoccupate considerazioni del medico circolare di Trento Domenico Mattassoni che lamentò, prima nella sua relazione annuale del 1816 e poi in quella del 1819, l'assoluta mancanza in tutto il suo circolo di una «sola mammana debitamente istruita [e] legalmente approvata»[81]. Altrettanto deprecabile la condizione del settore veterinario abbandonato a suo dire nelle mani di «rozzi ed inesperti contadini» o di maniscalchi poco edotti nella materia[82].

79 Michele Gosetti, nato a Mezzolombardo il 17 settembre 1792, compì i suoi primi studi a Trento. Indicato nel settembre del 1813 dal prefetto del Dipartimento dell'Alto Adige quale nuovo allievo dipartimentale (ASM, *Studi p.m*, cart. 1242) raggiunse Milano solo all'inizio del 1815 entrando nella scuola il 23 gennaio. La sua ammissione era stata confermata l'8 dicembre 1814 (ASM, *Studi p.m.*, cart. 1246), ma si discusse a lungo su chi fosse tenuto a versare alla scuola l'ammontare della pensione prevista dall'articolo 98 del regolamento del 1807. La questione fu risolta solo da un decreto della Commissione aulica centrale d'organizzazione degli studi che stabilì il 15 settembre 1817 che tale carico fosse da ripartirsi fra i distretti appartenenti all'ex Dipartimento dell'Alto Adige (*ibidem*). Dopo il diploma, conseguito nel 1818, si trasferì a Pavia per studiare medicina e chirurgia (TLAI, *Jüngeres Gubernium*, *Sanität*, *1822*, Z. 1458). Si laureò così in medicina nel 1823 con una *Dissertatio physiologica inauguralis*, Pavia 1823 e successivamente in chirurgia nel 1827 (ASPV, *Università*, *Registri*, *Medicina*, regg. 610 e 611). Rientrò l'anno dopo a Mezzolombardo (BCT, *Archivio comunale moderno*, *Sanità*, *XXIII*, *1829*, cart. n.n., fasc. 27, «Elenco dei cambiamenti avvenuti nell'anno 1828 dei medici e dei chirurghi di questa provincia») dove morì di lì a poco (AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano*, *Sanità*, *1830*, cart. n.n., «Elenco dei cambiamenti avvenuti nell'anno 1829 dei medici e dei chirurghi di questa provincia»).

80 Una normativa del 1817 proibì, per lo meno fino a nuova e definitiva riforma della scuola, l'ammissione di allievi a totale carico dell'Erario (ASM, *Studi p.m.*, cart. 1243).

81 TLAI, *Jüngeres Gubernium*, *Sanität*, *1817*, Z. 1535.

82 TLAI, *Jüngeres Gubernium*, *Sanität*, *1820*, Z. 468. L'unico individuo in possesso di un regolare titolo di studio in veterinaria era per l'appunto Dionigio Gerloni.

Fu solo negli anni venti che si iniziò ad osservare una timida inversione di tendenza, anche se la situazione appariva globalmente invariata[83]. Fra il 1821, anno d'inizio del corso in lingua italiana ad Innsbruck[84], ed il 1833, anno d'istituzione del corso presso il Triplice Istituto delle Laste, ottennero il loro titolo di studio per lo meno cinquantanove donne, con una media annua di circa 4-5 diplomate. Di queste 34 si diplomarono presso l'Università di Padova, 22 presso il Liceo di Innsbruck e 3 presso l'Istituto di Milano. La scelta di Milano, non prevista dalla normativa, fu di volta in volta autorizzata tenendo conto di particolari situazioni. Successivamente, con l'inaugurazione a Trento della scuola d'ostetricia, la situazione sarebbe mutata sempre più rapidamente con una media annua di 16-18 nuove diplomate[85].

E qualcosa, seppur lentamente, iniziò a muoversi anche nel settore della veterinaria. Il 13 febbraio 1824, poco prima dell'uscita delle ricordate «prescrizioni relative ai veterinari» del 23 luglio, la Comunità generale di Fiemme si pronunciò a favore della proposta di finanziare l'istruzione a Milano di un proprio allievo. Costui, indicato lo stesso anno in Francesco Giacomelli di Predazzo[86], avrebbe dovuto seguire

[83] Un censimento delle mammane condotto a metà degli anni venti stabilì, ad esempio, che nei due giudizi di Civezzano e Vezzano solo due delle rispettive 40 e 19 mammane erano in possesso di regolare titolo di studio. Le rimanenti, nella maggioranza dei casi, risultavano prive anche della sola semplice abilitazione: 31 nel giudizio di Civezzano (AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità, 1827*, cart. n.n.) e 10 in quello di Vezzano (AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano, Sanità, 1826*, cart. n.n.). Analogamente per il Circolo di Rovereto lo stesso censimento rilevò la presenza di sole 4 mammane, su 168, in possesso di un regolare titolo di studio (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1827*, Z. 1112).

[84] Il corso fu sicuramente attivato nell'aprile del 1821 quando, per il solo giudizio distrettuale di Cavalese fu deciso l'invio di cinque allieve (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1821*, Z. 195). Anche nel giudizio distrettuale di Vezzano la comunità di Cavedine si espresse favorevolmente all'invio di una certa Antonia Bertotti (AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano, Sanità, 1821*, cart. n.n.).

[85] Il dato è riportato da PERINI A., 1851-1852, p. 322. Nel 1854 le allieve diplomate furono invece 22 (BRAUN, 1855, p. 6).

[86] AMCF, *Esibiti, 1823/24*, cart. n.n. L'altro candidato era un certo Tommaso Zanon.

l'annunciato corso biennale di mascalcia, ma vari contrattempi lo posero nella condizione di dover frequentare il corso di quattro anni prescritto dal precedente ordinamento italico, ottenendo nel 1828 il diploma di veterinario[87]. Giovanni Bastiani di Trento e Giovanni Bentivoglio di Lavis[88], giunti a Milano rispettivamente nel 1826 e nel 1828, poterono seguire invece il previsto corso di formazione biennale per «bassi veterinari», inaugurato ufficialmente l'8 novembre 1826[89]. Precedentemente, la maggioranza delle comunità indicate in una circolare del Capitanato circolare di Rovereto del 24 gennaio 1825 avevano trovato un accordo non solo sui nominativi dei candidati «distrettuali» da inviare a Milano per l'istruzione, ma anche sull'imposizione di una nuova tassa sui capi di bestiame per il reperimento delle somme necessarie. I candidati erano Giuseppe Butterini per Condino, Bortolo Bleggi per Stenico, Giovanni Battista Boninsegna per Pieve di Ledro, Valentino Amadori per Ala, Giovanni Battista Baldi e Lorenzo Marzani per Villa Lagarina e Gaetano Chiusole per Folgaria[90].

Resistenze ed ostacoli di ogni genere contribuirono, peraltro, a rallentare un'iniziativa che si sarebbe voluta far procedere in modo più spedito. Ma di quali difficoltà si trattava? Le principali erano di carattere economico, almeno quelle ufficialmente lamentate.

Spesso, per non dire sempre, le rappresentanze comunali si opponevano all'ipotesi di finanziare l'istruzione di propri candidati giustificando il rifiuto sia con la ristrettezza delle proprie disponibilità di cassa sia con l'inutilità della spesa.

[87] Giunto a Milano il Giacomelli avvisò immediatamente il Comune generale di Fiemme che non era stato ancora attivato il previsto corso biennale. Chiesti chiarimenti su come comportarsi (AMCF, *Esibiti 1824/25*, cart. n.n.), gli fu risposto d'iniziare a frequentare ugualmente i corsi e a partire dal 1826 gli fu accordato un ulteriore prestito per completare il ciclo quadriennale (AMCF, *Esibiti 1842/43*, cart. n.n.).

[88] ASM, *Studi p.m.*, cart. 1244.

[89] ASM, *Studi p.m.*, cart. 1218.

[90] TLAI, *Jüngeres Gubernium*, *Sanität*, *1825*, Z. 81.

In altre parole i comuni dichiaravano di non disporre del denaro necessario e di ritenere comunque superflua la spesa richiesta per formare degli individui che nella gran parte dei casi esercitavano già da tempo, con larga soddisfazione del pubblico, le funzioni di ostetriche o veterinari.

Ne sono esempio le comunità di Trambilleno e Noriglio, le quali invitate a scegliere nel 1832 dei soggetti idonei da inviare al primo corso di formazione ostetrica delle Laste, tentarono di evadere la disposizione[91]. Le uniche candidate sarebbero state le stesse persone già da tempo praticanti e di fatto assai ferrate nella materia. L'opposizione dei due comuni cadde solo dopo la decisa presa di posizione da parte del giudice distrettuale che impose l'immediato invio a Trento delle persone prescelte. Anche dopo la loro partenza, tuttavia, le difficoltà non diminuirono. Una volta stabilitesi a Trento, le allieve lamentarono il grave ritardo con cui le comunità provvedevano al pagamento delle quote previste per il loro sostentamento agli studi[92]. A riprova basti considerare quanto il Capitanato circolare di Trento sottolineava in una sua comunicazione del 10 gennaio 1838 al giudizio distrettuale di Vezzano, ossia lo scarso profitto riportato dalle allieve nello studio dell'ostetricia, poiché costrette ad occuparsi prevalentemente del loro sostentamento, reso precario dal ritardo con cui venivano versati i contributi da parte dei comuni di provenienza e più in generale dal loro modesto ammontare[93].

Tanto più incomprensibile risultava poi l'invito ad inviare all'istruzione maniscalchi o «veterinari empirici» già «*forniti di sufficienti cognizioni e che* [avevano] *in molti incontri* e specialmente in casi di epizoozie servito con soddisfazione» non solo del «pubblico» ma anche delle «Superiorità»[94]. È quanto si sottolineava una prima volta, ad esempio, nel

[91] AST, *Giudizio distrettuale di Rovereto, Sanità, 1832*, cart. 60.

[92] AST, *Giudizio distrettuale di Rovereto, Sanità, 1833*, cart. 69.

[93] AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano, Sanità, 1838*, cart. n.n.

[94] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1825*, Z. 81.

1825, nella risposta di alcune comunità del Circolo di Rovereto[95] ed è quanto viene confermato circa vent'anni dopo dal giudice distrettuale di Levico che denunciava in un proprio rapporto al Capitanato circolare di Trento i «mendicati» motivi opposti dalle comunità di quel territorio alla proposta di contribuire alla formazione di un veterinario approvato, poiché a suo dire la vera ed unica ragione era «che quasi ogni villaggio trovavasi qualcheduno che esercitava abusivamente la veterinaria»[96].

È evidente a questo punto il secondo ordine di problemi che ad istruzione completa affliggeva le comunità e le motivava ulteriormente nel rifiuto di qualsiasi spesa. Mentre le prestazioni fornite da mammane e veterinari non diplomati sfuggivano ad una qualsiasi verifica salariale, quelle assicurate da individui istruiti venivano compensate sulla base di quanto stabilito dalla legge. I comuni, nel caso avessero finanziato la preparazione specifica di una mammana o di un veterinario sarebbero stati poi obbligati ad assumerli con uno stipendio che spesso per le loro esigue risorse finanziarie avrebbe costituito un onere suppletivo.

Nel 1833 la rappresentanza comunale di Patone, nel segnalare al Capitanato circolare di Rovereto il nome della propria candidata Maria Rossatti, inoltrava contemporaneamente la richiesta di essere esonerata dall'obbligo di inviarla all'istruzione. La domanda venne giustificata con lo scarso numero di abitanti, circa duecento, e con le ancor più scarse risorse finanziarie del villaggio. Si faceva infine presente che nelle condizioni attuali il comune avrebbe potuto limitarsi a corrispondere la cifra di nove fiorini già pattuita con l'interessata anziché il minimo salariale previsto per legge di venti fiorini annui[97].

Si potrebbe avanzare, tuttavia, un'ulteriore ipotesi per spiegare la resistenza opposta da molti comuni al disegno di

[95] TLAI, *Jüngeres Gubernium*, *Sanität*, *1825*, Z. 81.

[96] AST, *Capitanato circolare di Trento*, *Sanità*, *1842*, cart. 106.

[97] AST, *Giudizio distrettuale di Rovereto*, *Sanità*, *1833*, cart. 69.

partecipare direttamente al mantenimento agli studi di propri candidati. Forse alla base, oltre agli effettivi problemi di ordine economico, esisteva anche l'obiettiva difficoltà da parte degli amministratori locali d'interpretare coscientemente il ruolo amministrativo loro imposto dai nuovi ordinamenti comunali. In altre parole si potrebbe anche supporre che gli organismi comunali si siano spesso dichiarati contrari ad una certa spesa per la reale mancanza di risorse finanziarie, ma anche per il «disinteresse» verso certi oggetti giudicati fondamentalmente non di propria pertinenza secondo il loro «tradizionale» modello amministrativo. Troverebbe così una migliore spiegazione il comportamento di quei capocomuni che nonostante le sanzioni previste si ostinavano a ritardare l'esecuzione dei provvedimenti ordinati dalle autorità superiori.

Agli ostacoli fin qui esaminati si sommano infine quelli di tipo soggettivo: spesso i candidati, o per età o per cognizioni, non rispondevano ai requisiti stabiliti per l'ammissione ai corsi o comunque ritenuti indispensabili per un buon apprendimento. Già un decreto del 28 marzo 1823, in vista del problema, aveva rinnovato, ad esempio, l'assoluto divieto di ammettere all'istruzione presso il Liceo d'Innsbruck le donne troppo anziane o incapaci di leggere e scrivere[98].

Ma esisteva anche un problema affatto contrario, ossia la difficoltà di attrarre verso una nuova professione soggetti già istruiti: con l'istituzione nel 1826, presso gli istituti di Vienna e di Milano, di un corso superiore biennale per veterinari riservato ai soli medici e chirurghi in possesso di titolo accademico, si dovette, infatti, registrare, in mancanza di candidati, l'insuccesso dell'iniziativa. Una simile difficoltà, già rimarcata dal Capitanato circolare di Rovereto in una sua relazione del 1825[99] e collegata sicuramente alle scarse prospettive di lavoro e guadagno abbinate all'impiego proposto, è ulteriormente evidenziata dalla sorte toccata al pro-

[98] *Raccolta delle leggi provinciali*, MDCCCXXIII, pp. 247-250.

[99] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1825*, Z. 81.

getto d'insediare un veterinario laureato nei distretti di Vezzano, Lavis, Civezzano e Trento. Avanzato una prima volta nel 1837, subito dopo l'approvazione del governo provinciale, il disegno verrà definitivamente abbandonato negli anni successivi per l'impossibilità di reperire un soggetto idoneo[100].

3. *I provvedimenti di sanatoria*

Il progetto di rendere attivo sul territorio un servizio di assistenza sanitaria garantito esclusivamente da operatori istruiti e grazie al quale ridimensionare se non addirittura annullare l'attività dei molti «terapeuti di villaggio», si scontrò, così, con numerosi ed apparentemente insormontabili ostacoli che rischiarono di far naufragare ogni iniziativa pubblica assunta in tale direzione. Di necessità, dunque, la risposta istituzionale, fondata sul principio del diritto prioritario della popolazione all'assistenza, non imboccò la strada della contrapposizione, ma quella di una prudente e continua mediazione che consentisse, pur con qualche compromesso, di condurre a buon fine un passaggio assai delicato per l'importanza dei valori culturali ed esistenziali posti in gioco. Questa mediazione si espresse principalmente in una serie di provvedimenti di sanatoria volti ad inglobare nel nuovo sistema gran parte di quegli stessi «terapeuti» contro i quali teoricamente si era indirizzato il programma formativo.

Primo fra tutti la decisione del governo bavarese di sottoporre ad esame di abilitazione tutti quegli individui che già svolgevano qualche attività nell'ambito sanitario. Una disposizione sovrana del 1807 stabilì che ogni individuo esercente un'arte sanitaria, ma privo di approvazione rilasciata da un'università austriaca o bavarese, fosse obbligato a portarsi immediatamente presso l'Università di Innsbruck per sostenervi un *examen rigorosum pro libera praxi*. Potevano

[100] AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità, 1837*, cart. n.n.

essere dispensati solo gli individui di età avanzata o quanti, per mancanza di risorse economiche, non potevano sostenere le spese di viaggio e il versamento della prevista tassa. Per costoro poteva essere fissato un esame davanti al medico circolare consistente in una parte orale e in una scritta[101]. Fin dal 1807, dunque, troviamo traccia fra i documenti d'archivio delle interrogazioni condotte, ad esempio, dal medico circolare Domenico Mattassoni a diversi operatori sanitari attivi nel settore dell'ostetricia, della veterinaria o della chirurgia[102] o dell'approvazione ad Innsbruck, dinanzi alla

[101] ONGARI, 1983, p. 423.

[102] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1807,* Z. 5846. Un esempio di questionario scritto è quello sottoposto ai «veterinari» Pietro Monsorno di Carano e Giorgio Longo di Varena:
«1. Di quale indole sono ordinariamente l'epidemie del bestiame?
2. Di quale causa dipendono ordinariamente l'epidemia del bestiame?
3. Quando solino comparire le epidemie d'autunno?
4. Da cosa dipendono ordinariamente le malattie dei armenti che appariscono nell'autunno?
5. Come si deve quindi contenersi col lasciar il bestiame al pascolo in tempo d'autunno in climi freddi?
6. Perché non è atta l'erba che viene dal bestiame pascolato in autunno avvanzato a nutrire il bestiame?
7. Quali sono i primi segni dai quali si conosce che una bestia incomincia a maleggiare?
8. Cosa succede poco dopo?
9. In questo stato di febre cosa s'osserva neli animali in generale?
10. Quale prognostico si può fare di una epidemia?
11. Pria che il veterinario passi ad ordinare nell'epidemia qualche rimedio cosa deve principalmente considerare?
12. Quali ricerche conviene fare nei sani?
13. Quali ricerche nei malati?
14. Quale esame si deve fare nei morti?
15. Quale vantaggio ne ricaverà il veterinario da queste regole?
16. Qual è lo scopo principale del veterinario in una epidemia del bestiame?
17. Con quali rimedi si sogliono dai idioti maniscalchi preservare gli animali sani dall'epidemia?
18. Cosa ne dite dell'assa fetida del sapone, degli agli fetenti, e delle sostanze rancide, e grasse nella cura dei animali amalati?
19. Quali sono dunque li più efficaci rimedi in generale contro l'epidemia?
20. Che danno s'apporta agli animali amalati con somministrar loro medicine per forza?

facoltà medica, di farmacisti fino a quel momento attivi solo in forza di un attestato che ne aveva certificato la precedente pratica in qualche altra spezieria[103]. L'esito per lo più positivo di questi esami sembra confortare l'ipotesi che il loro obiettivo principale fosse proprio quello di regolarizzare delle posizioni, piuttosto che quello di procedere alla rigida verifica delle singole abilità, delegittimando eventualmente quanti non avessero saputo dimostrare sufficienti cognizioni nella loro materia.

Ad identica logica sembrava, dunque, rispondere anche la norma prevista dalla legge italica dell'1 giugno 1811 che concedeva l'autorizzazione ad esercitare a tutti coloro che avessero dimostrato «un esercizio tranquillo per dieci anni continui nella professione dell'ostetricia, della flebotomia e della vendita al minuto delle droghe»[104].

Altri provvedimenti di sanatoria vennero quindi adottati dal successivo governo austriaco, un po' per rimediare alla lentezza con cui procedeva il programma d'istruzione e un po' per normalizzare una situazione piuttosto fluida che vedeva lavorare sul territorio fianco a fianco operatori che avevano ricevuto licenza sotto il Principato vescovile, altri durante il periodo di governo bavaro e altri ancora nel periodo di governo italico.

Un decreto governativo del 6 agosto 1825 dava così la possibilità a tutte quelle donne prive di diploma o di approvazione di professare ugualmente l'ostetricia come «tollerate»,

21. Havvi qualche rimedio specifico per l'epidemia del bestiame?
22. Cosa dite dell'ammazzare il bestiame per impedire la propagazione di un'epidemia?
23. Cosa dite riguardo al seppellire gli animali morti nell'epidemie?
24. Si devono sotterrare le pelli di questi animali?» (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1808*, Z. 1727)

[103] Buona parte dei farmacisti attivi nel territorio dell'ex Principato vescovile di Trento nella prima metà del secolo XIX sostenne un primo esame di abilitazione proprio nel 1807 (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität*, Fasz. 2438, Z. 1535, Relazione annua del 1816 del medico circolare Domenico Mattassoni).

[104] AST, *Leggi e decreti napoleonici, Sanità*, cart. 34.

purché in grado di dimostrare il buon servizio reso alle comunità e la preparazione condotta presso qualche medico o chirurgo[105]. Successivamente una norma del 1833 permise l'accesso all'istruzione presso l'Istituto delle Laste anche alle donne illetterate e questo fino a quando «in grazia della Scuola femminile» non si fossero trovate persone «istruite nel leggere e nello scrivere»[106]. I dati relativi al numero delle mammane censite annualmente nell'arco di circa vent'anni, fra il 1820 e il 1839 (cfr. tav. 9), nei due circoli di Trento e Rovereto e nell'intero Tirolo, evidenziano chiaramente la portata di questi provvedimenti[107].

S'intervenne in pari modo anche nel settore della formazione veterinaria. Dinanzi all'accertata penuria di operatori diplomati, si cercò di aggirare l'ostacolo attivando corsi d'istruzione «semplificati» e tentando di attirarvi quanti già operavano empiricamente sul territorio[108]. L'attivazione nel 1826 del già ricordato corso biennale di «mascalcia o bassa veterinaria» aderiva di fatto a questa logica, anche se non si nascondevano dei seri dubbi sull'efficacia dei risultati.

«Coloro che vorranno dedicarsi alla semplice mascalcia – scriveva, ad esempio, Alessandro Pozzi, direttore dell'istituto di veterinaria di Milano, il 13 agosto 1826 – non saranno certo mai giovani che abbiano fatto un corso regolare di studi, che siano instrutti in

105 *Raccolta delle leggi provinciali*, MDCCCXXV, pp. 434-436.

106 AST, *Giudizio distrettuale di Rovereto, Sanità, 1833*, cart. 69. Dieci anni dopo la norma doveva essere ancora attiva e ampiamente applicata se si tien conto di quanto afferma PASTORELLO, 1843, pp. 8-9. Costui osservava come per la «rozzezza e mancanza di istruzione delle allieve le lezioni [venivano] apprese solo dalla viva voce di chi le ammaestra».

107 TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, Sanitätsberichte, 1820-1830, 1831-1839*, Fasz. 2438 e 2458.

108 Già nel 1827 il governo del Tirolo aveva promosso un primo sondaggio fra i vari Capitanati circolari della provincia sul progetto di «permettere sino alla provvista d'un sufficiente numero di veterinari approvati l'impiego degli empirici nel trattamento delle malattie degli animali domestici». La risposta del Capitanato circolare di Trento avanzava a tal proposito numerose perplessità (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1827*, Z. 1376).

TAV. 9. *Numero delle levatrici censite nei due circoli di Trento e Rovereto fra il 1820 e il 1839*

	Circolo di Trento			Circolo di Rovereto			Tirolo		
Anno	a.	n.a.	t.	a.	n.a.	t.	a.	n.a.	t.
1820	–	–	–	31	86	117	–	–	–
1821	–	–	135	–	–	149	520	209	729
1822	21	114	135	–	–	144	516	211	727
1823	41	178	219	–	–	167	–	–	849
1824	–	–	219	–	–	164	–	–	847
1825	–	–	–	–	–	–	–	–	–
1826	159	172	331	48	116	164	688	288	976
1827	141	179	320	52	116	168	685	295	980
1828	143	179	322	69	80	149	708	259	967
1829	138	179	317	66	80	146	–	–	–
1830	121	193	314	30	120	150	644	321	965
1831	121	193	314	30	120	150	720	313	1033
1832	123	164	287	95	65	160	–	–	–
1833	135	149	284	100	57	157	741	206	947
1834	150	149	299	108	26	134	759	175	934
1835	183	–	–	131	–	–	813	–	–
1836	193	–	–	102	–	–	792	–	–
1837	196	–	–	131	–	–	838	–	–
1838	209	–	–	128	–	–	846	–	–
1839	224	–	–	127	–	–	875	–	–

[*Legenda*: a. = approvate; n.a. = non approvate; t. = tollerate. L'indicazione a partire dal 1835 del solo numero di approvate si spiega con l'obbligo, introdotto con un decreto della Cancelleria Aulica del 29 aprile, di indicare nei prospetti solo gli individui in possesso di regolare titolo di studio][109].

modo di poter attendere alle scienze con buon profitto; ma saranno solo illetterati, cresciuti colla testa rozza del volgo. Or dunque come poter mai ragionevolmente supporre che si fatti giovani possano utilmente attendere ai tanti e differenti rami scientifici che secondo il quadro dovrebbero essi imparare in due anni cioè la storia naturale, e la dietetica, l'anatomia, la fisiologia, la teoria della ferratura, gli elementi di fisica e chimica, la patologia e la terapeutica generale, la materia medica, la ferratura pratica, la nosologia e la terapia speciale, la chirurgia, le operazioni chirurgiche, l'ostetricia, la nosologia pratica, la zooiatria legale, ec. ec. Tutte poi

[109] *Raccolta delle leggi provinciali*, MDCCCXXXV, pp. 285-290.

queste dottrine hanno una nomenclatura latina, o greca, o greco-latina, nomenclatura difficile a ritenersi da que' studenti, che hanno già la memoria esercitata nelle scienze primordiali, fra cui la logica, la filosofia, ec. ec., che conoscono la propria lingua, che hanno già l'ingegno esercitato nello scrivere, e l'abitudine alla riflessione, ed alla pronta percezione. Come potrassi poi supporre che giovani idioti, che nel vero senso sanno poco leggere e meno scrivere, che hanno le facoltà intellettuali seppellite nella ruggine, che non hanno la memoria sviluppata per mancanza d'esercizio, eppure quanta memoria esigesi per ritenere la tanta faraggine delle suddette cose; giovani che non conoscono tampoco il modo di ben riflettere e ben osservare, per lo che ne deve venire per necessario corollario a queste premesse che tali giovani sortiranno dalla scuola senza cognizioni e col encefalo disordinato dalle mille impressioni che vennero in esso fatte, che a vicenda si distrussero, e che tolsero fin anco al comune sensorio la suscettibilità al riordinamento. Propongo io pertanto rispettosamente che coloro che vogliono attendere alla semplice mascalcia, debbano sapere leggere e scrivere sufficientemente, e sapere le prime operazioni aritmetiche; ed onde essere ammessi nella scuola abbiano a dare testimonianza d'avere esercitato per due anni in una fucina da maniscalco la ferratura»[110].

La prospettiva non muta neppure diversi anni dopo, quando si decise di correggere il nuovo ordinamento dell'istituto di Milano del 1834[111] con la soppressione, fra gli altri, del

[110] ASM, *Studi p.m.*, cart. 1218.

[111] Il nuovo piano di ordinamento della scuola di veterinaria di Milano, approvato con sovrana risoluzione del 18 gennaio 1834, fu reso noto il 25 ottobre dello stesso anno. Pressoché contemporaneamente fu anche emanato il nuovo *Regolamento per l'imperiale Regio Istituto di veterinaria di Milano*, 1835, che sostituiva il precedente del 1807. Erano previsti tre tipi di corsi per «maniscalchi ferratori», «maniscalchi operatori, ossia ippiatri» e «medici-chirurghi veterinari ossia dottori in zooiatria». L'ordinamento di studi ricalcava, pertanto, quello dell'istituto di Vienna e aggiungeva rispetto al precedente piano provvisorio del 1826 il corso annuale per ferratori. Erano inoltre previsti corsi di varia durata per ufficiali dell'esercito, cavallerizzi, economi rurali, cacciatori, pastori ed esaminatori delle bestie e delle carni da macello:
«Il corso per i signori ufficiali e cavallerizzi – è scritto nella notificazione del 25 ottobre 1834 – si compie in un anno e presenta
la storia naturale del cavallo,
la dottrina dell'allevamento, trattamento e governo dello stesso,
la teorica della ferratura,

corso biennale per «bassi veterinari»[112]. Un decreto governativo del 28 ottobre 1841 comunicava, infatti, la sovrana risoluzione del 21 settembre con cui si concedeva ai sudditi tirolesi, per lo spazio di dieci anni, l'autorizzazione a frequentare gli speciali corsi biennali per cosiddetti «veterinari comunali» attivati presso gli Istituti di Vienna e Milano. Requisito sufficiente era il possesso della sola terza classe[113]. Costoro, definiti «veterinari popolari», potevano godere di questo particolare favore poiché Sua Maestà riteneva «che certamente sarebbero entrati meglio nell'opinione del contadino» dal momento, vien da dire, che già vi dimoravano[114]. La concessione, estesa nel 1843 anche ai sudditi del Lombardo-Veneto e rimasta in vigore di fatto fino al 1858[115], permise la formazione in Trentino di gran parte di quei venti «zooiatri» censiti a metà secolo da Antonio Faes nelle sue *Considerazioni topografico-mediche sul Trentino*[116]. Di

l'anatomia e fisiologia del cavallo,
la scienza delle razze,
la dottrina dell'esteriore del cavallo,
la zooiatria legale.
Il corso per gli economi rurali dura ugualmente un anno e comprende
la storia naturale di tutti gli animali domestici,
la dottrina dell'allevamento e governo dei medesimi,
la dottrina sulle epizoozie e la cognizione delle relative disposizioni sanitarie
... L'istruzione pei pastori e cacciatori si compie in due mesi; essa comprende
l'igiene dei bovini, dei maiali, dei cani, delle pecore, delle capre, ecc.
l'esposizione delle potenze morbifiche, delle più comuni malattie e delle epizoozie coll'indicazione dei rimedi da impiegarsi in mancanza di veterinario.
L'istruzione per gli esaminatori delle bestie e delle carni da macello si compie in dodici lezioni, nelle quali vengono esposte colle necessarie dimostrazioni le più importanti nozioni relative all'oggetto della loro professione» (ASM, *Studi p.m.*, cart. 1219).

112 *Ibidem*.

113 *Raccolta delle leggi provinciali*, MDCCCXLI, pp. 563-568.

114 *Raccolta delle leggi provinciali*, MDCCCXLI, pp. 563-568.

115 PALTRINIERI, 1947, p. 45. La nuova riforma del 1858 soppresse definitivamente sia il corso di ippiatria sia quello di veterinario comunale.

116 FAES, 1852, p. 118.

questi, dodici risultavano regolarmente stipendiati dai comuni mentre i restanti otto esercitavano la libera professione.

Come nel caso del precedente corso in «mascalcia» anche la formazione dispensata all'interno di questo corso biennale non era però esente da critiche o risvolti negativi. Il giudizio distrettuale di Pergine osservava, ad esempio, in un suo rapporto del 14 novembre 1844, come il neodiplomato Domenico Zeni fosse in realtà incapace di far fronte alle esigenze del Distretto conoscendo poco e niente del «trattamento dei bovini»[117]. Lo stesso limite può forse spiegare anche la vicenda occorsa al veterinario Bernardi il quale nel 1848 si vide rifiutare dalle comunità del giudizio di Ledro il rinnovo del contratto per aver rischiato «con la sua leggera condotta ... di compromettere [il bestiame] di tutta la valle». Nessuno, al contrario, sembra dubitare della maggiore esperienza ed abilità dei tanti «uomini pratici»[118].

Perplessità, infine, sulla validità dei nuovi corsi è espressa negli stessi anni anche dal veterinario Alessandro Volpi di Cles, il quale elencandone in un suo rapporto del 24 settembre 1844 i tanti limiti, sottolineava comunque l'importanza dello studio come unico elemento capace di legittimare all'esercizio della professione veterinaria:

«Sarebbe ormai tempo di strappare quest'arte preziosa dalle mani dell'empirismo ed affidarla ad uomini, che avessero fatto un regolare corso di studi. Bisogna persuadersi ed è duopo che si persuadano tutti i nemici dei progressi della zooiatria, che la sola poca teoria, e pratica materiale non giungerà mai ad ottenere nissun plausibile successo; l'arte salutare in mano dei cerretani sarà sempre una vera e pubblica calamità»[119].

La battaglia contro il diffuso empirismo e i tanti «cerretani» suoi interpreti rappresentava, infine, il motivo conduttore

[117] AST, *Capitanato circolare di Trento, Sanità, 1844*, cart. 148.

[118] AST, *Capitanato circolare di Rovereto, Atti sanitari, 1851*, cart. 453.

[119] AST, *Capitanato circolare di Trento, Sanità, 1844*, cart. 148.

anche di un articolo comparso tre anni prima sul «Giornale agrario dei distretti trentini e roveretani», dedicato al problema dell'introduzione anche in Tirolo di veterinari approvati[120].

Al di là dell'insistenza sulle evidenti contrapposizioni esistenti fra ambito dotto e ambito popolare, il progetto di fondo restò, comunque, fedele, per gran parte della prima metà del secolo XIX, al disegno d'inglobare in ruoli ufficiali quanti fossero in possesso di una provata e certa esperienza, per poterli così riconoscere e meglio controllare. Si trattava di una strategia chiaramente testimoniata anche dai comportamenti adottati nella nomina dei vari «scorticatori» di paese, ossia di quegli individui incaricati principalmente di visitare le carni delle bestie «macellate per morbo o crepate». In risposta alla disposizione che richiedeva l'attivazione di una simile carica in ogni paese o distretto si scelse di affidare tale incombenza, a tutte quelle persone che, in forza dell'esperienza e della confidenza accumulate nel tempo, potevano, meglio di altri, assicurare l'esatta esecuzione dei compiti loro assegnati.

Numerosi sono i casi che emergono dalle fonti d'archivio. Nel 1838 Domenico Zini di Villazzano chiese l'autorizzazione per esercitare l'arte veterinaria anche se privo della prescritta approvazione. La sua domanda venne respinta, ma allo stesso tempo si suggerì la sua nomina a scorticatore[121]. Tre anni dopo, nel 1841, il Capitanato circolare di Trento, ordinando al giudice distrettuale di Vezzano di passare all'assunzione di uno scorticatore, consigliò di operare la scelta fra un certo Carlo Toccoli o un certo Pietro Bressan, entrambi di Lasino, poiché già godevano della «confidenza della gente come intendenti di malattie ovvie del bestiame»[122]. In tal modo l'amministrazione avrebbe potuto con-

[120] *Sulla necessità d'introdurre anche nel Tirolo italiano veterinari approvati*, 1841.

[121] AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, 1838, 610-770*, cart. n.n.

[122] AST, *Capitanato circolare di Trento, Sanità, 1841*, cart. 86.

seguire un doppio risultato: regolamentare un'attività fonte di numerose infrazioni e acquisire, comunque, un esperto in grado più di altri di svolgere correttamente le mansioni cui era chiamato. Nel 1848, infine, il giudizio distrettuale di Strigno suggerì di assumere quale veterinario un certo Gaspare Dalla Piazza e come suo assistente «l'anziano malghese» Giovanni Facin. Il Capitanato circolare di Trento respinse la proposta, ma contemporaneamente caldeggiò la loro nomina all'ufficio di scorticatore[123]. Si venne così a creare una sorta di contiguità e continuità di ruoli fra la figura del veterinario empirico e quella dello scorticatore, testimoniate se non altro dalla stessa normativa. Se nel regolamento del 1834 si faceva divieto assoluto allo scorticatore di curare gli animali, pochi anni prima si era sostenuta una posizione affatto diversa: «in mancanza d'un veterinario e se lo scorticatore si avesse cattivata la confidenza delle parti» non bisognava vietargli di impiegarsi «nel trattamento del bestiame ammalato»[124].

Ai provvedimenti di sanatoria fin qui ricordati fanno riscontro infine le varie concessioni riconosciute eccezionalmente a singoli e che contribuiscono in pari modo ad ingrossare le fila degli operatori privi di qualsiasi istruzione, ma ugualmente autorizzati ad esercitare.

Nel 1827 il Capitanato circolare di Trento approvò l'assegnazione di uno stipendio annuo di sedici fiorini alla levatrice non approvata Domenica Ducati di Romagnano per non «lasciare prive di assistenza le donne di quel comune affatto isolato»[125]. Nel 1833, altro esempio, il Capitanato circolare di Rovereto acconsentì alla richiesta avanzata dalla comunità di Patone, esonerandola dall'obbligo di inviare Maria Rossatti all'istruzione. Costei sarebbe stata tollerata fino a quando non si fossero create le condizioni in grado di per-

[123] AST, *Capitanato circolare di Trento, Sanità, 1848*, cart. 235.

[124] BCT, *Archivio comunale moderno, Polizia, IX B, 1825*, cart. n.n., Nota del Capitanato circolare di Trento indirizzata al Magistrato politico-economico di Trento il 5 marzo 1818.

[125] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1827*, Z. 4043.

mettere alla comunità stessa di sovvenzionare l'istruzione di una propria candidata[126]. Analogo provvedimento interessò lo stesso anno il comune di Lenzima, esonerato dall'obbligo di far istruire un'allieva ostetrica sia per la scarsità dei suoi mezzi economici sia per le difficoltà «a rinvenire un adattato soggetto». Si autorizzava così il comune a rinnovare di anno in anno il contratto con una certa Felicita Simoncelli, da anni praticante senza alcuna approvazione, fino a quando non fossero intervenuti fatti nuovi[127]. Sempre nel 1833 il Capitanato circolare di Rovereto evitò di prendere un impopolare provvedimento di esclusione nei confronti della vecchia mammana Ferrari, priva di qualsiasi approvazione, e acconsentì che questa, per quanto solo in aiuto della levatrice Maria Dossi, neodiplomata a Padova, potesse presenziare ugualmente ai parti nei comuni di Mortaso, Fisto e Borzago[128]. È evidente in questa misura il tentativo di collocare la Ferrari come *trait d'union* fra la popolazione e la nuova arrivata.

Nel 1820, infine, un certo Giuseppe Rubol, assai pratico nella cura degli animali, venne diffidato superiormente dall'esercitare la «veterinaria» poiché privo di qualsiasi titolo di studio. Il provvedimento privava, tuttavia, i proprietari di bestiame della zona di Folgaria di qualsiasi forma di assistenza. Il problema venne immediatamente recepito e convinse il giudice distrettuale a ripristinare nelle sue funzioni il Rubol stesso[129].

Si tratta solo di alcuni esempi estrapolati da una ben più ampia casistica, ma credo sufficienti per suffragare ulteriormente, nel complesso dei fatti fin qui esaminati, l'ipotesi che da parte istituzionale sia stato costantemente e coscientemente adottato, per tutta la prima metà del secolo XIX, un atteggiamento, poc'anzi definito di mediazione, capace di

[126] AST, *Giudizio distrettuale di Rovereto, Sanità, 1833*, cart. 69.

[127] AST, *Giudizio distrettuale di Rovereto, Sanità, 1833*, cart. 69.

[128] AST, *Capitanato circolare di Rovereto, Sanità, 1832*, cart. 338.

[129] AST, *Giudizio distrettuale di Rovereto, Sanità, 1820*, cart. 5.

consolidare, sulla lunga durata e meglio di qualsiasi rigida contrapposizione, l'affermazione sul territorio dei contenuti della dottrina medica ufficiale.

Le tante deroghe, infatti, fecero sì che per buona parte del XIX secolo continuassero a convivere in alcuni gruppi di operatori due diverse anime, quella empirico-popolare e quella scientifica, le quali interagendo fra loro sembravano favorire più di ogni altra cosa la positiva accoglienza all'interno delle comunità delle nuove figure sanitarie e il consolidamento del primato medico. La pubblica opinione, già orientata dall'aver visto gli empirici, operanti su un territorio, proporsi per l'istruzione, fu definitivamente convinta ad accettare i nuovi diplomati proprio dalla compresenza di individui istruiti e tollerati, intendendo come tali anche gli autorizzati solo provvisoriamente. La dichiarata somiglianza delle due figure guidò il processo di sostituzione che divenne definitivo con l'estinguersi dei tollerati e la chiara delimitazione del nuovo fenomeno dell'abusivismo. Un processo di lenta, ma inesorabile sostituzione colto anche dal medico circolare di Rovereto Aliprando Rossi, il quale nella sua relazione annua del 1843, pur contando su un totale di 121 mammane ben 43 tollerate in virtù della legge del 6 agosto 1825, notava come «di mano in mano che per la loro età» quest'ultime venivano a mancare, venivano «sostituite da soggetti approvati in via regolare»[130]. Il passaggio, pressoché immediato nel caso delle mammane, poiché preparato da più tempo, più lento e difficoltoso in quello dei veterinari, poiché l'istituzione partiva svantaggiata, non sarà certo indolore. Se le autorità governative consentirono, infatti, in più di un'occasione, a donne e uomini privi di qualsiasi preparazione scientifica di esercitare l'ostetricia o la veterinaria, nel rispetto di quella strategia che mi è parso d'individuare, spesso i nuovi operatori diplomati ostentavano insofferenza nei confronti di questi scomodi concorrenti che sottraevano loro lavoro e guadagni. Le traversie giudiziarie della mammana di Malè Francesca Donati sintetizzano assai

[130] AST, *Capitanato circolare di Rovereto, Sanità, 1843*, cart. 339.

bene i termini di uno scontro in cui è proprio la presunta impreparazione scientifica a offrire pretesto alle altre mammane istruite per chiederne in tempi diversi la immediata rimozione[131]. La Donati, esaminata fin dal 1818 dal medico Giacomo Antoni, e prestato giuramento di assistere le partorienti ovunque venisse chiamata, beneficiò nel 1825 di quel decreto della Cancelleria aulica di cui si è già detto e che all'articolo 3 prevedeva la concessione della licenza d'esercizio, con la qualifica di tollerata, a tutte quelle mammane che, dimorando da lungo tempo in un luogo ed avendovi conquistato la confidenza degli abitanti, fossero state esaminate da un medico o da un chirurgo.

Passano alcuni anni e l'arrivo in zona di una mammana istruita presso l'Istituto delle Laste, portò con sé l'inevitabile conflitto di competenze. Esploso ufficialmente in due sole occasioni, esso si può immaginare giocato senza tregua sulle alleanze con il medico, il curato, l'autorità governativa locale e i gruppi di popolazione del comune. Finte lagnanze e false voci sull'imperizia dell'una e l'esosità dell'altra, si rincorsero su un terreno geograficamente limitato, ma di difficile conquista per le «diplomate» a causa dell'inamovibile fiducia e confidenza che le partorienti riservavano alla più «anziana» ed «esperta» Donati. Del resto l'incrollabile fiducia riposta nella più anziana ed esperta mammana, anziché nella neodiplomata, è un elemento assai ricorrente nelle fonti d'archivio. È facile imbattersi in gruppi di donne che si rivolgono direttamente alle autorità politico-amministrative per ottenere l'autorizzazione di potersi servire ugualmente della empirica di paese. È quanto accade, ad esempio, nel 1827 a San Michele all'Adige dove numerose donne si rivolsero al Capitanato circolare di Trento per chiedere l'autorizzazione ad esercitare anche per una certa mammana Daldoss. La richiesta, giustificata anche sulla base della presunta licenza rilasciata alla Daldoss dalla Commissione diparti-

[131] I documenti relativi a Francesca Donati e alla sua vicenda sono raccolti in AST, *Capitanato circolare di Trento, Sanità, 1846*, cart. 185. Evidentemente di dissidi analoghi si conserva traccia anche in altre realtà. Un esempio per tutti il caso riportato da PARMA, 1984, pp. 128-130.

mentale di sanità nel 1812, coincideva con l'entrata in servizio di Teresa Zeni, diplomatasi quell'anno stesso a Padova[132]. Non potendo, tuttavia, la Daldoss esibire alcuna prova di questa precedente approvazione la domanda non fu accolta[133]. Analogo episodio si ebbe due anni dopo a Calavino. Qui un altro gruppo di donne presentò alle autorità una propria supplica per potersi servire della più «esperta» Caterina Albertini anziché della neodiplomata Domenica Gianardol, formatasi alla scuola di Milano[134]. Infine un caso leggermente diverso è quello occorso nel 1824 a Margherita Corradini, neodiplomata ad Innsbruck. I capocomuni di Vigolo e Baselga meditarono di sospenderle il pagamento del salario poiché non «godeva più della fiducia delle partorienti»[135].

Ma torniamo alla vicenda di Francesca Donati. Elisabetta Fava, levatrice approvata per il territorio comunale di Malè, pensò nel 1833 di appellarsi direttamente al giudice distrettuale. Le sue pretestuose accuse sulla posizione illecita della «vecchia» mammana sembrarono trovare in quella sede favorevole accoglienza.

La Donati venne multata e interdetta dall'esercizio del mestiere di levatrice. Seguì immediato il suo ricorso al Capitanato circolare di Trento, il quale, esaminata la documentazione in suo possesso e riconosciuti i diritti della stessa, annullò il decreto giudiziale sulla base di quanto previsto dal decreto aulico del 1825. Il tentativo di allontanare la Donati parve chiudersi su questa decisione del Capitanato, ma passarono altri tredici anni e ancora una nuova lagnanza, questa volta mossa dalla seconda mammana approvata giunta in Malè, Caterina Angeli, convinse il giudice distrettuale a proibire per la seconda volta alla Donati l'esercizio della professione di levatrice, bollandola come «abusiva».

[132] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1827*, Z. 15693.

[133] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1829*, Fasz 2454, Z. 10539.

[134] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1829*, Fasz. 2454, Z. 18070.

[135] AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano, Sanità, 1824*, cart. n.n.

Il giudice distrettuale, per meglio giustificare il suo provvedimento, ricordò che le nuove condizioni rispetto agli anni passati e l'esistenza in zona di due mammane regolarmente istruite, rendevano superfluo l'operato della Donati «che a rigore non ha abilitazione». Ma tanta severità nel valutare la posizione della Donati non fu condivisa dal Capitanato, il quale, considerato il nuovo ricorso dell'anziana levatrice e la precedente risoluzione del 29 giugno 1833, decise anche questa volta di riconoscere i diritti dell'invisa Donati:

«Fin tanto – è scritto nel decreto capitaniale – che non saranno portate prove valide in grado di dimostrare che la Donati sia scaduta dalla confidenza degli abitanti di quella contrada e si sia resa immeritevole di quella stima che per tanti anni ha saputo, con favore della propria abilità, mantenersi, non si possono prendere in considerazione le accuse contro di lei».

Venne così meno ogni possibile tentativo di disconoscere i meriti della tollerata Donati, insinuandone il discredito. Il Capitanato richiese e volle che prove valide suffragassero la scarsa abilità della «vecchia» mammana, e, in assenza di queste, oggettivamente difficili da esibire, vennero confermate la pari abilità e destrezza delle levatrici.

4. *Le tappe del cambiamento*

La pari dignità riconosciuta agli individui autorizzati all'esercizio delle varie professioni sanitarie sia in virtù della regolare frequenza di un corso di studi, sia del riconoscimento di abilità acquisite per mezzo della personale pratica o dell'insegnamento ricevuto da più anziani esperti[136], trovò indiretta conferma anche nei regolamenti con cui le autorità governative introdussero, per tutti i componenti d'ogni gruppo di operatori sanitari, precise ed uniformi norme di comportamento.

[136] Un aspetto assai interessante da valutare nella trattazione delle varie funzioni sanitarie sarebbe anche il tipo di ragione, al di là di quella solo economica o sociale, che sembra privilegiare nella trasmissione delle conoscenze terapeutiche la linea familiare.

Pubblicati nel 1770 all'interno della *Sanitätshauptnormativ* teresiana[137] e previsti dall'editto organico bavaro dell'8 settembre 1808[138], simili regolamenti furono quindi nuovamente pubblicati per il Tirolo nel 1816, nella forma assunta già nel 1808[139]. Fra le varie istruzioni, particolarmente significativa è quella per le mammane poiché meglio di altre evidenzia la serie di 'compromessi' accettati pur di affermare il primato del medico e il nuovo tipo di responsabilità pubblica legato all'esercizio delle professioni sanitarie. L'istruzione per le mammane del 1808 consente, inoltre, di evidenziare la strategia d'insieme adottata per facilitare il passaggio di una particolare figura sanitaria da un ruolo di tipo tradizionale, ancora presente nell'istruzione del 1770, ad uno di tipo esclusivamente istituzionale, affermato invece nell'ordinanza del Ministero dell'Interno del 4 giugno 1881[140]. Definita la gerarchia dei ruoli, ossia consolidata la subordinazione alla classe medica e la responsabilità della levatrice istruita, quest'ultima ordinanza aggiunse, infatti, nuovi e peculiari doveri pubblici alle mansioni delle donne che assistevano i parti[141].

I primi articoli del regolamento per le mammane del 1808 sono relativi all'identificazione della levatrice: costei, come si è detto, aveva diritto al titolo solo se munita di un diploma. La sua presenza sul territorio doveva essere segnalata da apposita insegna e la sua attività è dichiarata subordinata alle «superiorità locali ed ai medici circolari». Le virtù della

137 AST, *Ufficio vicariale di Königsberg-Grumes-Lavis, Sanità, 1748-1784*, cart. n.n.

138 L'annunciata pubblicazione di più specifici regolamenti per ogni tipo di operatore sanitario fu anch'essa interrotta dall'evolversi delle vicende politiche.

139 Manca in ogni caso un'analoga istruzione per i veterinari.

140 *Ordinanza dell'i.r. Ministero dell'Interno del 4 giugno 1881, colla quale viene emanata una riveduta istruzione per le levatrici*, in «Bollettino dell'Associazione Medica Tridentina», I, 1882, nn. 3 e 4, pp. 33-35 e 48-51.

141 RENZETTI-TAIANI, 1988, pp. 35-37.

buona mammana dovevano essere quelle di una persona di carattere onesto, probo, serio, e discreto nonché solerte e diligente nel prestare la propria opera.

Le disposizioni che riguardano il corretto intervento dell'ostetrica sono espresse in forma tale da accentuare l'obbligo di sottomissione al parere dei medici. Questi che, al pari dei parroci, trovavano difficoltà ad essere ammessi di fronte a una partoriente in travaglio, legittimavano la mammana ad intervenire in vece propria nei parti normali, ma le imponevano di ricorrere ad un superiore consiglio nei casi di necessità. Eppure, le stesse disposizioni, lasciavano trapelare una certa libertà decisionale che caratterizzava lo svolgimento delle mansioni di mammana: era obbligata a chiamare il medico, ma solo quando lo reputasse necessario; era tenuta a non abbandonare la partoriente dopo il parto, ma solo fino a quando non fosse passato, a suo parere, ogni pericolo di emorragia. Doveva inoltre stabilire l'opportunità di impartire il battesimo e decidere per quanto tempo e con quali mezzi tentare la rianimazione di un nato morto. In aggiunta la mammana poteva curare: infatti poteva prescrivere medicine, ordinariamente ai neonati, straordinariamente alle donne.

A questo punto la posizione assunta nella compilazione delle norme citate, potrebbe esse giudicata ambigua e, come tale, dovuta alla volontà di accattivarsi una figura per controllarla, o alla speranza di rivolgersi a soggetti oramai assorbiti nella sfera medica e, dunque, realmente in grado di stabilire la linea di discrimine per ogni situazione prospettata. Non si può escludere, tuttavia, che gli articoli citati, oscillando fra il concedere e togliere autonomia, servissero a ricondurre anche l'operato di una mammana 'tradizionale' entro il quadro dell'ostetricia ufficiale e a soddisfare una situazione di reale commistione fra ambito dotto e quello cosiddetto popolare. L'ipotesi troverebbe conferma anche sulla base di quanto osservato per lo stesso periodo in altri contesti, dove, come ad esempio in ambito veneziano, fra «gli interventi legislativi relativi alla limitazione delle competenze, alcuni di questi si configurano chiaramente, più

che come una limitazione, come una codificazione della pratica delle mammane»[142].

Altri paragrafi dell'istruzione completano il profilo dei doveri e delle mansioni della «raccoglitrice di parti». Le era imposto di denunciare ogni tentativo di aborto conosciuto e, a maggior ragione, di non prestarsi a pratiche, anche solo consigliandole, valutate alla stregua di «gravi delitti e reali omicidi». Una volta accettato il modello di controllo, la sorveglianza sulla sfera privata avrebbe dovuto essere esercitata dalla mammana a due differenti livelli: uno delatorio che consentiva all'Autorità di venire a conoscenza dei reati, l'altro ispettivo, che forniva, a processo istruito, le prove per assolvere o condannare. Un terzo fondamentale controllo è quello che la levatrice era obbligata ad attuare non sul privato altrui, ma sulla propria etica professionale. Questo controllo, sotteso alla logica dell'istruzione, la poneva eternamente in conflitto con una parte, sia pure minoritaria, della comunità in cui lavorava, oppure metteva in crisi la sua immagine istituzionale. Infatti, se non poteva né consigliare, né aiutare una donna ad abortire veniva ad essere esclusa da un ambito in cui le erano preferite altre; se lo faceva diveniva invece complice del reato. Sembra così, da questo breve esame dell'istruzione del 1808, che il legislatore fosse propenso a riconoscere valore all'attività della levatrice, occultandolo in forma di delega, e fosse altresì propenso a ratificarne il potere di discrezionalità e arbitrio.

Esiste, tuttavia, un ben preciso strumento che distingueva i 'diplomati' dagli altri operatori semplicemente 'tollerati' e sul quale si basava anche parte della sorveglianza esercitata su di essi a monte e a valle dell'istruzione. Si tratta del contratto, ossia di quell'accordo sottoscritto fra comunità ed operatore che vincolava entrambi i firmatari al rispetto di particolari obblighi di carattere prevalentemente economico per quanto riguarda la comunità, di carattere per così dire 'professionale' per quanto atteneva invece all'operatore.

[142] FILIPPINI, 1985, p. 155.

Il patto firmato fra comunità ed operatore approvato era generalmente incentrato su alcuni punti fondamentali. Il primo di questi era il vincolo al territorio e la durata indeterminata del patto stipulato, condizionata solo alla capacità fisica di espletare il servizio. Il secondo era la presenza continuativa e la preventiva segnalazione all'autorità delle assenze. L'ultimo era la restituzione dell'intera somma erogata dal comune per il mantenimento all'istruzione in caso di trasferimento dell'interessato o impedimento ingiustificato. Nell'impegno firmato, ad esempio, dalla mammana Elisabetta Ghirardini con il comune di Samoclevo nel 1843, costei «si obbliga di prestare il suo servizio di mammana a tutte le partorienti del Comune e ciò per tutto il tempo che sarà in grado di prestare questo servizio e che rimarrà in quel Comune»[143]. Legata ad una zona la levatrice poteva allontanarsi temporaneamente e per brevissimi periodi solo ottenendo in anticipo il permesso del Comune. Caterina Vaia, è scritto nel suo contratto con il comune di Daiano del 1847, «non potrà in nissun tempo assentarsi dal paese per più di due giorni, senza il preventivo assenso della rappresentanza comunale»[144]. Avrebbe potuto inoltre allontanarsi definitivamente solo a patto di risarcire il comune delle spese incontrate nel corso della sua permanenza presso l'Istituto che l'aveva formata.

«Volendo la levatrice Vaia trasferire altrove il suo domicilio o rinunziare al suo ufficio, dovrà premettere una disdetta di tre mesi, nel qual caso sarà eziamdio tenuta di restituire al Comune la somma di cinquanta fiorini sborsati per la sua qualificazione».

L'assenza prolungata era, a sua volta, regolamentata accuratamente:

«Desiderando una qualche volta la mammana Vaia di abbandonare il comune di Daiano per quindici o venti giorni consecutivi la rappresentanza comunale non potrà a ciò ostarsi, ma all'incontro sarà la Vaia stessa tenuta di sostituire per tutto il tempo di sua assenza altra abile e qualificata levatrice».

143 AST, *Capitanato circolare di Trento, Sanità, 1843*, cart. 126.

144 AST, *Capitanato circolare di Trento, Sanità, 1847*, cart. 202.

Nei contratti si ribadiva, inoltre, l'obbligo di assistere indistintamente tutte le partorienti del luogo e da quelle povere non si poteva esigere alcun compenso. Il patto stilato dal comune di Samoclevo, oltre alla quota fissa versata annualmente, stabiliva che

«la mammana Ghirardini percepirà da cadauna partoriente la solita mercede di fiorini uno, solita mercede come in passato, ma per le assolutamente povere, le quali vengono sopraindicate dal comune, dovrà prestare la sua opera gratuitamente».

Infine, in ogni accordo scritto, si riecheggiava la normativa vigente secondo cui ogni mammana aveva l'obbligo di

«prestarsi con tutta premura e diligenza sì in ogni giorno, come di notte, e di assistere la partoriente ogni qual volta verrà ricercata senza induggiare, od esimersi per qualsiasi motivo, o pretesto».

Sono tutti elementi che puntualmente ricorrono nei vari contratti conclusi fra comunità e mammane e, per altri versi, fra comunità e veterinari e che guidano la progressiva definizione dei contenuti del loro nuovo ruolo pubblico.

5. *La definizione dell'illecito*

Numerose deroghe e ripetute eccezioni hanno permesso, come si è detto, nella prima metà del XIX secolo, una sorta di commistione ed apparente continuità fra ambito dotto ed ambito popolare. Questa condizione, in parte riflessa dagli stessi regolamenti precedentemente analizzati e riscontrabile anche altrove[145], trova ulteriore conferma, oltre che negli *itinera* formativi e nelle storie personali dei vari operatori, anche nella cura con cui si cercò di tracciare delle precise linee di confine fra i campi d'azione dei diversi gruppi di operatori. L'obiettivo in particolare era giungere a definire e

[145] Una situazione analoga viene rilevata anche per la Francia da LEONARD, 1980, il quale reputa fondamentalmente errato partire dal presupposto di una grande distanza fra medicina popolare e medicina dotta.

perseguire gli «illeciti», ossia quegli interventi non pertinenti rispetto a quanto stabilito dalla gerarchia dei ruoli sanitari fissata nei vari tariffari[146]. In tal senso il corpo umano, vero e proprio terreno di battaglia su cui si giocava la conquista da parte medica di una difficile supremazia, era affidato alla pressoché esclusiva competenza del medico cui solo doveva spettare la lettura e l'interpretazione dei vari sintomi, la scelta della terapia e l'esecuzione delle cure interne. Se da una parte, dunque, attraverso la composizione eterogenea di alcuni gruppi di operatori sanitari riviveva, anche nella sfera ufficiale, una certa consuetudine terapeutica, dall'altra la crescente imposizione di limiti sempre più precisi all'azione di ogni singolo operatore finiva per ridimensionare fortemente, nella realtà, il suo ruolo 'tradizionale'. Costui si vedeva, infatti, negata, nella pratica, quell'ampiezza e quella globalità d'intervento che costituivano elementi distintivi di ogni sua azione terapeutica condotta nell'ambito del 'popolare'. Un episodio significativo che può aiutare ad illustrare una simile dinamica è la vicenda occorsa alla mammana approvata Lucia Redi, vedova Fumanelli, inquisita nel 1803 dal Magistrato consolare di Trento per la morte di una puerpera di nome Caterina Cappelletti[147].

«Per una cura da me ... intrapresa ... mi sono tirata addosso la persecuzione di alcuni medici di questa città. La mia ben lunga esperienza e sempre felice successo in medicare puerpere mi rese non poco instrutta del vero e più sicuro metodo con esse da tenersi»[148].

[146] Nel territorio provinciale tirolese rimase in vigore fino al 1842 quanto pubblicato ancora nel 1801, *Regolamento normale intorno alle tasse ad inalterabile osservanza stabilite pei medici, chirurghi e per le ostetrici, non che pel personale dedicato alla pubblica sanità degli abitanti dell'Imp. Reg. Circolo del Tirolo ai Confini d'Italia prescritto dall'Eccelso Imp. Reg. Governo dell'Austria Superiore con suo decreto de' 17 giugno 1801* (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1807*, Z. 10144). Proprio nel 1842 fu presentato un nuovo progetto di «tassa per le operazioni chirurgiche» (AST, *Capitanato circolare di Trento, Sanità, 1842*, cart. 106, Rapporto del Capitanato circolare di Trento del 12 gennaio 1842 all'Imp. Reg. Delegazione per la Provincia di Padova).

[147] Una vicenda simile è quella occorsa pressoché negli stessi anni a Benedetta Fedeli Trevisan di Venezia ed esaminata da FILIPPINI, 1984.

[148] BCT, *Archivio consolare*, ms 3986, *Atti civici*.

Così la levatrice, apparentemente assai esperta, cercava di difendersi da coloro che la accusavano di aver commesso una doppia mancanza: una prima di aver consigliato erroneamente dei salassi ed una seconda, ben più grave, di averli eseguiti senza il parere del medico, contravvenendo così a quanto previsto dal proclama del 17 dicembre 1793 del Magistrato consolare di Trento che vietava alle levatrici di «ordinare salassi alle gravide, partorienti, o puerpere senza precisa indicazione di un medico o di un chirurgo».

La condanna fu unanime e non ottennero alcun risultato le giustificazioni fornite dalla mammana se non quello di svelare i personali convincimenti che l'avevano indotta ad agire nel modo incriminato. Si apprese così che la Redi aveva deciso un primo salasso al braccio della puerpera nel tentativo di arrestare una minaccia d'aborto, ma che fu subito costretta a ripeterlo, questa volta al piede, per far fronte alla sopraggiunta difficoltà «nel partorire». Ciò, a detta della Redi, avrebbe permesso alla sua assistita di sgravarsi facilmente e di sentirsi subito «sommamente sollevata ed in ottimo stato». Passarono, però, solo tre giorni e lo stato di salute della puerpera peggiorò improvvisamente con la comparsa di un'inattesa febbre. La Redi, «supponendo... che fosse la febbre per l'accessione del latte», decise di far passare altri quattro giorni prima di procedere a qualsiasi altro eventuale intervento, ma trascorso il termine, «non comparendo il latte e non essendo in attività le purghe per mettere in moto il sangue», la levatrice ruppe ogni indugio e ordinò il terzo salasso preceduto dall'ingestione di «olio di mandorle» e da un «cristere per lubricarle il corpo ed agevolare le purghe». È evidente come la Redi a questo punto attribuisse l'origine della febbre alla mancata riattivazione del ciclo mestruale e quindi alla stagnazione del sangue e alla ritenzione degli umori putridi e corrotti.

Il nuovo salasso non portò, tuttavia, ad alcun miglioramento e solo allora la mammana, colta da improvvisi scrupoli, prima di procedere al quarto salasso, secondo lei quanto mai necessario per la presenza di una «grossa cotenna» nel sangue precedentemente estratto, decise di interpellare il medi-

co Michele Gabrielli. Costui, contrario ad una nuova emissione di sangue, cambiò terapia e ordinò una serie di medicamenti per bocca che, purtroppo, non ottennero miglior esito. Poco tempo dopo la donna cessò di vivere.

Naturalmente la Redi, nel suo racconto, addossava la colpa della morte della donna al medico e ai suoi *recipe*. Per la mammana i fatti erano evidenti: aveva sbagliato il medico, negando l'opportunità del quarto salasso e con lui avevano sbagliato anche gli altri «professori» che eseguendo l'autopsia avevano ritenuto di trovar conferma della colpevolezza della mammana nel fatto che nell'utero della donna non fosse stata trovata alcuna traccia di sangue.

«Dovea esser più che certo – argomenta la levatrice – che quella femmina non avesse sangue nell'utero ed io glielo avrei saputo dire, che così è, senza bisogno di aprirle, stanteché non ad altro erano dirette le mie intenzioni di farle cacciar sangue se non per istradarglielo nell'utero, ove non era mai comparso»[149].

Più volte convocata dinanzi all'autorità civica per rispondere del proprio operato la Redi «ostinatamente ricusò di presentarsi» fino a quando non fossero stati «chiamati al di lei confronto» anche i «sette professori presenti all'apertura del cadavere»[150]. In propria difesa, si fece rilasciare anche un attestato dal medico Francesco Borsieri nel quale si riconoscevano, senza alcuna esitazione, le grandi esperienza e abilità maturate sul campo dalla Redi in tanti anni di esercizio professionale:

«Io sottoscritto per la pura verità, a retta giustizia, attesto che la sig.a Lucia ved.a Redi già da 40 anni esercita l'arte di levatrice, ben istruita nella Notomia appartenente alla cognizione ostetricia di cui più volte fu *esaminata* ed approvata, sia stata da me in più incontri ammirata per la sua gran destrezza ed abilità nel liberar le partorienti da parti più difficili felicemente in mia presenza, talché merita tutta la stima non solo, ma anche l'approvazione per la continuazione del suo utile esercizio a vantaggio di questo Pubbli-

149 BCT, *Archivio consolare*, ms 3986, *Atti civici*.

150 BCT, *Archivio consolare*, ms 3986, *Atti civici*.

co *meglio di qualsiasi preteso Cerusico* che senza sperienza e dovute cognizioni *ardisce esercitare* un mestiere che richiede somma prudenza»[151].

Nonostante l'intervento del decano dei medici trentini, la mammana fu ugualmente sospesa dal suo incarico con avviso dell'1 febbraio 1804[152]. Successivamente fu probabilmente reintegrata in ruolo dal momento che il suo nominativo compare nel censimento bavaro del 1807[153].

In questo episodio, dunque, principale oggetto di critica fu l'ingiustificato ricorso al salasso[154], tanto più criticato in quanto eseguito su di una donna gravida e quindi possibile causa di danno non solo fisico ma anche morale[155]: il salasso poteva, infatti, nascondere un tentativo di aborto. Non a caso il regolamento del 1808 consigliava ai chirurghi molta prudenza nell'«aprire la vena a donne sulla semplice loro richiesta»[156] e una circolare del Capitanato circolare di Trento del 23 settembre 1822 ribadiva il divieto per qualsiasi operatore sanitario di ordinare o praticare salassi alle donne gravide senza la preventiva prescrizione da parte di un medico o di un «ostetricante approvato»[157].

Al di là, tuttavia, di vicende personali o delle sue implicazioni più generali, il fatto narrato aiuta a rimarcare il chiaro intento politico di andar ben oltre la semplice regolamentazione di una pratica o la delimitazione dell'attività di un'ope-

[151] BCT, *Archivio consolare*, ms 3986, *Atti civici*.

[152] BCT, *Archivio consolare*, ms 3986, *Atti civici*.

[153] TLAI, *Jüngeres Gubernium*, *Sanität*, *1807*, Fasz. 2419, Z. 5898.

[154] Alla pratica del salasso dedica un proprio studio HERITIER, 1987.

[155] Anche FRANK, 1807-1808, II, pp. 155-157 fa riferimento ai possibili danni fisici e morali causati da un indiscriminato uso del salasso sulle donne gravide, criticando in particolar modo la recente moda «per cui la maggior parte delle donne, e segnatamente quelle d'una condizione più elevata si fanno sotto la gravidanza cacciar sangue replicatamente».

[156] *Raccolta delle leggi provinciali*, dal 1mo gennaio sino all'ultimo dicembre MDCCCXVI, pp. 721-722.

[157] AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano*, *Sanità*, *1822*, cart. n.n.

ratrice priva di qualsiasi istruzione e forse interprete consapevole dei più «errati» convincimenti del «popolo». Molto più importante e carico di aspettative era il tentativo di ricondurre all'interno del discorso medico e di una nuova concezione del corpo umano tutto quel vasto settore d'intervento, sia curativo sia preventivo, parte essenziale di una concezione terapeutica propria alla cultura tradizionale di allora, che vedeva nella

«flebotomia una *evacuatio universalis*, una necessaria grande purga o purificazione del sangue-vita, un rinnovamento del liquore vitale, una *universalis medicina omni passionis ex plenitudine* che faceva sgorgare, insieme agli umori deteriorati, le *passiones*, gli agenti del male e dello squilibrio fisiopatologico»[158].

In tal modo si spiegherebbe anche il motivo per cui, al di là delle generiche accuse di mancato rispetto dei limiti professionali, la gran parte degli illeciti addebitati ai vari operatori sanitari siano di fatto collegati soprattutto a questo aspetto. Ancora nel 1822 una circolare diffusa dal Capitanato circolare di Trento metteva in guardia da tutte quelle mammane e con esse flebotomi che si facevano

«lecito di ordinare cavate di sangue alle donne nel tempo di gravidanza, al momento che si incomincia i primi dolori preparanti il parto, o nello stato del puerperio e così pure d'ordinare medicamenti ad uso interno e ciò sempre con danno minore o maggiore della donna gravida o puerpera»[159].

Perseguendo, inoltre, quei farmacisti che, nonostante i divieti, continuavano ad occuparsi della cura interna ed esterna degli infermi, di fatto si puntava, a correggere soprattutto il loro zelo nel praticare 'indiscriminatamente' salassi e clisteri[160], così come proibendo ai maniscalchi-veterinari di trava-

158 CAMPORESI, 1984, pp. 18-19.

159 AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano, Sanità, 1822*, cart. n.n.

160 Anche per il Trentino d'inizio Ottocento non mancano le testimonianze relative a farmacisti che integravano la propria attività di «bottega» con l'esercizio della bassa chirurgia. Il medico circolare di Rovereto

licare il limite animale-uomo di fatto si sapeva d'intervenire sull'uso di una ben precisa tecnica, quella del salasso appunto, sperimentata sul primo e indiscriminatamente applicata sul secondo[161].

Solo i chirurghi minori, i cosiddetti flebotomi, o, successivamente, quelli maggiori ancora in attività, continuavano «legittimamente», nel settore della prevenzione, a prestarsi con «disinvoltura raccapricciante», ma con crescente ostilità da parte dei medici, ad aprire, chiudere e cauterizzare le vene a seconda del ciclo stagionale o del bisogno della gente di dover purgare, mondificare, detergere il proprio liquore vitale[162].

Nel 1866 il medico Emilio Dallarosa poteva, infatti, osservare con evidente disappunto che

Carlo Eustacchio Sartorelli segnalava in una sua relazione del 1803 la spavalderia del «provisore» della spezieria di Borgo Pietro Rosi, il quale oltre a non essere approvato per l'esercizio della sua professione si faceva «anche lecito di visitare infermi, prescrivere e dare medicamenti senza la prescrizione del medico e di esercitare anche la chirurgia» (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1803*, Z. 1620). Nel 1810 si segnalava identica infrazione commessa dallo speziale approvato di Riva del Garda Simone Cofler (ACR, *Atti riguardanti la sanità*, cart. 45), mentre nel 1818 è il medico circolare di Trento Domenico Mattassoni a denunciare nel suo rapporto annuale un certo Domenico Girardi di Lavis, «approvato in farmacia all'Università di Pavia». Costui oltre a smerciare nei villaggi vicini «diversi medicinali», che teneva in casa, visitava ammalati, somministrava loro medicinali e li salassava: «così la va facendo da medico, chirurgo e speziale» (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1819*, Z. 2207). Il Capitanato circolare di Trento ordinava pertanto il 16 dicembre 1819 al giudizio distrettuale di Civezzano di «agire contro il [Girardi] a senso del vigente codice sulle gravi trasgressioni di polizia» qualora costui si fosse permesso «di ulteriormente trattare nel comune di Meano qualche ammalato e di dispensare medicinali» (AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità, 1820*, cart. nn). Sempre il medico circolare di Trento, Domenico Mattassoni, aveva, peraltro, già denunciato, nel 1807 la pluriattività a Trento di Antonio Chemelli il quale mancava di qualsiasi autorizzazione, anche per il solo esercizio della farmacia (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1807*, Z. 602).

[161] Il medico BEZZI, 1867, p. 64, segnala l'attività di un maniscalco che dava «salassi al piede alle donne clorotiche», ma è solo uno dei tanti casi che testimonia come questo limite fosse costantemente travalicato.

[162] CAMPORESI, 1984, pp. 18-19.

«il farsi salassare è costume tanto invalso nella nostra popolazione che a capriccio si fanno aprire la vena senza aver prima consultato il medico; amore in essi coltivato dagli allievi delle scuole di bassa chirurgia, ormai incompatibili con il progresso della medicina d'oggi»[163].

Alla stessa domanda di purificazione periodica, soprattutto primaverile, faceva fronte, infine, quell'altro genere d'illeciti previsto dalle norme e più volte registrato dagli osservatori, ossia lo smercio di generi medicinali da parte di droghieri e materialisti.

Nonostante un decreto governativo dell'11 aprile 1816, riproponendo gli articoli 5, 6 e 7 di un precedente decreto aulico del 21 dicembre 1813, avesse esplicitamente vietato ai droghieri, pena una multa di 20 talleri, di vendere medicinali al minuto per quantità inferiori al valore di tre carantani[164], le denunce contro costoro si susseguirono numerose. In altri termini si accusavano i droghieri di aggirare troppo facilmente il limite loro imposto, controllando una fetta consistente di quegli ingenti guadagni assicurati dalla vendita di alcuni prodotti assai ricercati[165]. Fra questi, la parte più con-

[163] DALLAROSA, 1867, p. 9.

[164] *Raccolta delle leggi provinciali*, dal 1mo gennaio sino all'ultimo dicembre MDCCCXVI, pp. 757-762. Il divieto era stato introdotto da un decreto governativo del 28 luglio 1808, successivamente ripreso dalle circolari capitanali del 20 agosto 1815 per Rovereto e del 6 settembre 1815 per Trento (AST, *Normali*, cart. 2).

[165] Di questo conflitto d'interessi si era occupato fin dal 1815 il medico circolare Domenico Mattassoni, il quale confermava in una sua relazione del 16 dicembre il fondamento delle accuse mosse dai farmacisti ai droghieri. Il medico auspicava l'immediata pubblicazione di un regolamento che potesse in qualche modo definire la materia del contendere (TLAI, *Jüngeres Gubernium*, *Sanität*, *1816*, Z. 894). La proibizione a droghieri e materialisti di vendere al minuto determinati medicamenti di competenza dei soli speziali era già stata formulata una prima volta nel regolamento medicinale del 24 luglio 1753 ed in modo particolare negli articoli 1 e 2 della quinta parte. Il principio fu quindi riaffermato nella normativa sanitaria del 2 gennaio 1770 e nuovamente ribadito in quella relativa alla tassa dei medicinali del 25 novembre 1778 (art. 7). Oggetto del divieto, ripetuto ancora il 28 febbraio 1782, erano soprattutto «purganti, vomitori, narcotici o simile, sì in natura, che composti» (*Codice ossia collezione sistematica di tutte le leggi*, 1786, t. II, p. 34).

sistente, era rappresentata dai cosiddetti «depurativi», ossia da tutta quella serie di sostanze, dal più blando purgante per i bambini al più forte per gli adulti e per gli animali, utilizzate regolarmente come «rinfrescanti» nei trattamenti preventivi e, indipendentemente dalla diagnosi, al primo manifestarsi di un malessere.

Nel 1824 gli speziali di Trento Gerloni, Angelini, Ceschini, Dall'Armi e Volpi firmarono una denuncia diretta al Capitanato circolare di Trento nella quale segnalavano le ripetute infrazioni commesse da diversi droghieri e materialisti della città in dispregio del «regolamento pe' medicinali» del 30 giugno 1822. Costoro, secondo un dettagliato elenco, avevano venduto a diversi individui molte sostanze in quantità inferiori al valore di tre carantani o addirittura di esclusiva competenza farmaceutica. Si trattava per lo più di cremor tartaro, olio di ricino, seme santo e china[166], prodotti che ricorrono puntualmente in una nuova denuncia d'identico

[166] BCT, *Archivio comunale moderno, Sanità, X, 1825*, cart. n.n. In precedenza già nel 1818 il medico circolare di Trento Domenico Mattassoni aveva segnalato nella sua relazione annuale diversi individui, per la verità non solo droghieri, che contrariamente alla normativa vigente si permettevano di smerciare alcuni generi di medicinali: «Riguardo ai droghieri devo far rimarcare che un certo Ginocchio nativo della Provincia Bresciana e stabilito in [Trento] da diversi anni, ha apperto avanti un anno un negozio di Drogheria nella Contrada di Borgo nuovo di questa Città senza averne riportata la licenza dall'Eccelso Governo, come è prescritto; quelli vende sotto qualunque peso ogni sostanza medicinale polverizzata, e quel che è più fa girare un suo Fratello per le valli del Circolo vendendo a privati medicinali d'ogni sorta, tra quali teriaca, rabarbaro, e china; così pure vi è un certo Angelo Roffi e Gelmo Finoli i quali tengono un Fondaco di droghe medicinali di cui ne fanno smercio, ogni giorno senza esserne autorizzati per quanto ho potuto rilevare.
A questo proposito devo fare anche menzione che nella visita fatta in quest'anno alle spezierie della valle di Sole i due speziali di Pellizzano e Cusiano mi fecero presente che in quel Distretto si vende con loro pregiudizio da un certo Veneri e Gabrieli il tartaro emetico, il rabarbaro, il cremor di tartaro, il sale amaro, la manna, ed ultimamente dal Veneri persino la china polverizzata. Così pure lo speziale di Malé mi fece presente, che dai merciai di quel luogo e particolarmente dal caffettiere Gasperini si venda teriaca, zafrano e sale amaro» (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1819*, Z. 2207, Relazione annua del medico circolare di Trento Domenico Mattassoni).

tenore del 1827[167] nella quale si parla anche del famoso sciroppo Leroy, potentissimo purgante, la cui vendita era stata autorizzata dal 1826 solo su presentazione di ricetta medica[168]. Fra gli abusi era compresa anche la vendita delle «mignatte» o sanguisughe. Nel 1827, uno dei tanti casi, venne denunciato un certo Lorenzo Gentilini che teneva in casa un recipiente con dentro 130 sanguisughe destinate sicuramente alla vendita. Lo stesso anno venne ammonito per identico reato, ossia vendita abusiva di «mignatte», anche un certo Giuseppe Belluta di Terlago[169].

Le denunce non eliminarono certo l'illecito[170], che appariva ancor più radicato in tutti quei piccoli centri dove il «pizzicagnolo» era l'unico rivenditore in esercizio.

Nel 1846 il fisico circolare di Rovereto, in occasione di una visita agli «stabilimenti sanitari ed altri oggetti di polizia»

[167] BCT, *Archivio comunale moderno*, *Sanità*, *XXIII*, *1829*, cart. n.n. Sulla vicenda il Capitanato circolare di Trento formò un suo dettagliato rapporto che inviò al governo provinciale (TLAI, *Jüngeres Gubernium*, *Sanität*, *1829*, Fasz. 2454, Z. 21616). Pochi anni dopo, tuttavia, a conferma di un conflitto mai interamente sopito, i farmacisti di Trento indirizzarono una nuova supplica al governo chiedendo la modifica dell'art. 6 della legge dell'11 aprile 1816 nel quale si stabiliva per i droghieri il famoso limite dei tre carantani (TLAI, *Jüngeres Gubernium*, *Sanität*, *1836*, Fasz. 2469, Z. 13881).

[168] AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano*, *Sanità*, *1826*, cart. n.n. Il medico distrettuale di Condino, Francesco Alimonta, sottolineava nel suo rapporto trimestrale del 16 novembre 1826 le «dannose conseguenze che possono risultare dall'uso inconsiderato» di questo purgante cosiddetto «drastico». Sua convinzione era che non bastava «stabilire delle discipline per regolarne la vendita nell'interno», ma meglio sarebbe stato «impedirne puranco l'introduzione dall'estero». Ancor più auspicabile sarebbe stato, quindi, un intervento per «rendere avvertito il popolo dei pericoli cui si espone usando di questo rimedio dietro i suggerimenti di un cieco empirismo, ciocché potrebbesi ottenere col diramare per mezzo dei giornali un'apposita istruzione in proposito estesa in modo adattata alla capacità del volgo e coll'interessare il clero a questo fine» (TLAI, *Jüngeres Gubernium*, *Sanität*, *1827*, Z. 500).

[169] AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano*, *Sanità*, *1827*, cart. n.n.

[170] Una serie di accertamenti condotti nel 1844 confermò ancora una volta l'illecita vendita di medicinali da parte dei droghieri della città di Trento (AST, *Capitanato circolare di Trento*, *Sanità*, *1845*, cart. 168).

ebbe così a rilevare come molti «venditori di grascia» e «merciaiuoli» smerciassero al minuto, in onta alle disposizioni vigenti, articoli-medicinali «come sarebbero olio di ricino, di mandorle dolci, cremore di tartaro, sale amaro, seme santo e simili»[171].

Ancora una volta la vitalità di una particolare concezione terapeutica e l'incapacità di condurla entro i termini stabiliti dalla scienza medica ufficiale alimentavano comportamenti tacciati talvolta non più di sola illiceità, ma ben più gravemente di illegalità e come tali perseguibili penalmente. Se ne facevano interpreti veri e propri «esperti» itineranti, «terapeuti di villaggio», la cui attività era ampiamente sostenuta dal consenso e dalla fiducia della popolazione, ma anche numerosi «ciarlatani e girovaghi» che rapsodicamente facevano la loro comparsa sul grande palcoscenico delle piazze in periodo di fiera. La presenza di costoro era indicata, a volte, oltre che dalle richieste di licenza temporanea anche dalle lamentele che si registravano dopo il loro passaggio, quasi sempre mosse da medici.

Il dottor Carlo Perini narrava, sulla «Gazzetta di Trento» del 24 agosto 1858, un episodio relativo ad un «professore-dentista» comparso a Trento durante la fiera di San Vigilio:

«Egli circondato da una pompa seducente e fornito di un'eloquenza prodigiosa, abbandonò parecchi de' *suoi clienti*, lasciando loro lunga memoria di sé. Sento da buona fonte che i nostri chirurghi sono molto occupati a estirpare radici residue alle non troppo brillanti operazioni del clamoroso professore»[172].

Il «clamoroso professore», oltre ad estrarre denti, vendeva anche un «liquore» i cui prodigi venivano vantati con altrettanta efficace eloquenza. Prima di lui, altri dentisti avevano affiancato alla professione manuale lo smercio di favolosi preparati. Già nel 1794, nei rescritti della città di Trento, era contenuta la domanda di un certo Alessandro Granati,

[171] AST, *Giudizio distrettuale di Rovereto, Sanità, 1848*, cart. 108.

[172] PERINI C., 1858.

toscano, che chiedeva l'autorizzazione a «poter esercitare in questa città la professione di dentista e dispensare il cosiddetto olio greco»[173].

Altre volte, invece, accade di rinvenire negli atti ufficiali i verbali dei sequestri eseguiti dalle gendarmerie locali a danno di quanti «sprovvisti di licenza, spacciavano sulla pubblica piazza miracolosi medicamenti». Nel 1853, nel corso della fiera dei Santi, a Storo, incorse in simile provvedimento un certo Gio. Batta Ferrari cremonese. Notato da un gendarme mentre «dalla propria carrozza offriva in vendita alla gente vari unguenti» fu privato del suo armamentario che venne poi sottoposto, in elenco, al controllo del Capitanato distrettuale di Tione. «La descrizione dei generi confiscati» offre un articolato panorama di quanto i ciarlatani potevano proporre ai propri clienti: una gran quantità di confezioni di un impiastro salutare (200), un eccezionale assortimento di scatole grandi e piccole di balsamo per reumatismi (407) e inoltre «pietre osterniche, cerotti, unguento per calli, pietre divine, olio di marmotta, pomata per reumi e unguento di tigna»[174].

Pochi anni dopo, nel 1857, ad Arco, a pochi chilometri di distanza, sempre in occasione di una fiera, venne segnalata la presenza di due «cerretani».

> Uno aveva un apparato mirabile e suonatori propri che suonavano ariette entusiasmanti. Nel framezzo al suono predicava sulla bravura sua e sui suoi elisir, e rubava ai gonzi, fra i quali non mancarono dei signori, il loro argento»[175].

Se, dunque, i ciarlatani – «cavadenti» e dispensatori di segreti – continuavano a popolare le piazze, abusando del denaro altrui e ledendo, se non la salute, la buona fede della gente, nella seconda metà dell'Ottocento altre figure di girovaghi si sovrapposero a quelle già esistenti, occupando

[173] BCT, *Archivio consolare*, ms 4014, vol A, *Rescritti dai 17 giugno 1788 ai 3 luglio 1802*.

[174] AST, *Capitanato distrettuale di Tione, Sanità, 1851-1854*, cart. n.n.

[175] BERTASSI, 1987, p. 121.

uno spazio considerato spesso come copertura di comportamenti immorali e, tuttavia, al limite della sfera sanitaria. Si trattava delle sonnambule le quali, sotto la direzione di un magnetizzatore, cadevano nel cosiddetto sonno magnetico e acquistavano capacità straordinarie. Nella condizione di chiarovisione esse potevano, fra l'altro, diagnosticare le malattie altrui. La coppia magnetizzatore-sonnambula fu ripetutamente colpita da provvedimenti di censura[176], ma una volta che la medicina sonnambolica ebbe trovato sbocchi istituzionali, non operò, come scrive Clara Gallini[177], solo per l'alta borghesia e aristocrazia, ma estese le sue prestazioni a un pubblico estremamente vasto ed eterogeneo, né restò confinata entro l'ambito strettamente scientifico. Un apposito regolamento asburgico del 1845, nel vietarlo a qualsiasi individuo non abilitato, stabiliva che «l'applicazione del magnetismo animale a persone non è permessa che ai dottori di medicina e chirurgia graduati in un I.R. Università austriaca ed autorizzati al libero esercizio della medicina e chirurgia»[178]. In un altro articolo specificava poi che esso andava applicato solo a soggetti malati: «È severissimamente proibito il procurare il sogno magnetico in persone sane e senza voler in tal modo conseguire la guarigione»[179].

A quanto pare, tuttavia, l'attrazione suscitata dal fenomeno induceva spesso molti individui a sottoporsi al trattamento che si trasformava da fatto strettamente terapeutico in fenomeno dalle ampie diramazioni. Ciò generò proteste soprattutto da parte del clero che non solo sospettava di amoralità

[176] Così un ordine sovrano del 31 marzo 1815 che invitava anche a denunciare chiunque ardisse aggirare il divieto di esercitare il «preteso magnetismo, o virtù divinatoria, la vendita dell'acqua così detta magnetica, ed ogni mezzo in generale, che in simili ricerche suole o potrebbe impiegarsi, atto ad intorpidire, addormentare» (BCT, *Archivio comunale moderno, Sanità, XXIII*, 1815, cart. n.n.). L'«applicazione del magnetismo animale» fu nuovamente proibita dieci anni dopo nel 1825 (AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità, 1824*, cart. n.n.).

[177] GALLINI, 1983, p. 41.

[178] AST, *Capitanato distrettuale di Tione, Sanità, 1854-1857*, cart. n.n.

[179] AST, *Capitanato distrettuale di Tione, Sanità, 1854-1857*, cart. n.n.

i praticanti, ma temeva anche l'eventualità di veder fomentata la superstizione.

Angela Ferrari di Fondo, «conosciuta come appartenente ad una di quelle tante famiglie girovaghe di zingari, che tanto dalla Annaunia come dalla val di Sole, s'aggirano nei paesi di campagna ingannando i creduli contadini predicendo loro l'avvenire, fingendo il magnetismo, ed il sonnambulismo», chiese nel 1873 il permesso di prodursi nel corso dell'imminente fiera di San Vigilio a Trento[180]. La concessione le venne negata poiché esisteva un precedente sgradito.

L'anno prima, in analoga circostanza, la moglie di certo Giuseppe Dubois[181], «fingendosi sonnambula e coll'applicazione di magnetismo animale, prediceva il futuro, e varie persone, fra i cittadini ed anche del clero, reclamarono presso [il Consigliere aulico] perché questa donna attirava nel proprio carrettone contadini e persone del basso popolo ad una ad una e sospettavasi si commettesse dell'immoralità»[182]. Ritenendo che le «produzioni di magnetismo» della Ferrari non fossero «punto divergenti da quelle che usava dare la Dubois» si convenne pertanto di non soddisfare la richiesta. La più assidua sorveglianza riservata a tal genere di ciarlatani è, peraltro, indirettamente confermata anche da episodi più marginali. Presso il posto di confine di Tezze fu respinta, fra l'1 e il 15 novembre 1872, una certa Giovanna Novi proveniente da Pordenone e di condizione sonnambula[183].

6. *L'ambito dell'illegalità*

Gli ostacoli di stampo sia economico sia culturale che si opponevano ad una più massiccia presenza sul territorio di

[180] AST, *Consigliere aulico*, *Culto-Industria-Polizia*, *1873*, cart. 59.

[181] AST, *Consigliere aulico*, *Polizia*, *1872*, cart. 51.

[182] AST, *Consigliere aulico*, *Culto-Industria-Polizia*, *1873*, cart. 59.

[183] AST, *Consigliere aulico*, *Polizia*, *1872*, cart. 51, Prospetto delle operazioni ufficiose di polizia.

personale sanitario regolarmente istruito, consentirono ad una parte consistente di quella struttura parallela di «terapeuti empirici», non ancora assorbita in ruoli ufficiali, di continuare a rispondere in vario modo alle esigenze della popolazione. Numerosi «villani», se non gli stessi uomini di chiesa, assicuravano un'assistenza tanto preziosa quanto insostituibile, non solo per le notevoli carenze del servizio sanitario, contrassegnato, sicuramente fino a fine secolo, dalla disomogenea distribuzione sul territorio degli operatori sanitari e da un livello di preparazione generalmente poco elevato, ma anche per l'indubbia efficacia delle soluzioni offerte. Tutti coloro che erano privi di un riconoscimento ufficiale, pur diffidati dalle autorità politico-amministrative dal continuare a dispensare le loro cure alla popolazione, di fatto lo potevano fare poiché ben «mimetizzati» nell'ambiente e protetti dall'omertà dei propri assistiti. Solo la crescente diffusione sul territorio di personale sanitario istruito e le denunce conseguenti all'inevitabile conflitto di competenze, avrebbero gettato luce, di quando in quando, su questa parallela rete di operatori della quale è forse difficile cogliere le reali dimensioni, ma non certo la vitalità e il profondo legame con una tradizione che conservava ancora per parte dell'Ottocento caratteri d'indubbia organicità ed integrità. Si può pertanto sostenere, che per buona parte del XIX secolo le popolazioni rurali trentine abbiano voluto, ed anche per necessità dovuto, rispondere in modo autonomo all'evento malattia, affidando la propria salute fisica a soluzioni forse non troppo dissimili da quelle adottate in altre realtà, ma certamente strutturate e orientate principalmente al piano del razionale sia nell'autoterapia sia nel ricorso ad esperti.

Le figure stesse di terapeuti che emergono dalle fonti d'archivio mostrano, infatti, di associare una grande abilità manuale ad una conoscenza senza pari delle terapie naturali. Tratto distintivo di chi agisce nel rispetto della stessa tradizione è inoltre l'evidente incapacità di saper tracciare un netto confine fra interventi manuali esterni ed assunzioni interne o meglio di accettare la separazione del corpo in spazio interno e spazio esterno, fra momento della diagnosi

e momento della terapia. Col tempo questi elementi, introdotti e rafforzati dal controllo istituzionale, finiranno per influenzare ugualmente l'universo dei terapeuti empirici innescando al loro interno una sorta di processo di specializzazione[184], ma nella prima metà del secolo XIX essi rappresentavano soprattutto il fulcro intorno al quale operare non solo la distinzione fra comportamenti leciti ed illeciti, ma anche il riconoscimento, in ultima analisi, delle situazioni cosiddette abusive, ossia dell'esercizio illegale di qualsiasi professione sanitaria. Chi incappava, tuttavia, nella denuncia circostanziata di medici o privati cittadini, di mammane o chirurghi, era per lo più colui che non limitava la propria attività alla comunità di appartenenza, ma la esercitava girovagando e soprattutto traendone profitto come da un vero e proprio «mestiere». Un caso emblematico è quello di Antonio Patis, «rampollo di una famiglia la quale nei secoli dell'ignoranza si occupava a conzar le ossa»[185]. Costui, ancora nell'800, proseguiva nelle Valli di Fiemme e di Fassa la tradizione familiare che risaliva a secoli addietro. La consuetudine terapeutica della famiglia Patis si perdeva, infatti, nel tempo e sembrava aver origine nel momento in cui alcuni suoi membri si spostarono oltralpe dai Balcani intorno al 1400. Il primo stanziamento noto dei Patis è quello di Tires, ma altri se ne conoscono in Val Pusteria[186].

La prima segnalazione dell'attività svolta da Antonio Patis ci viene, tuttavia, prima ancora di qualsiasi denuncia, da un atto del 12 marzo 1833 col quale il giudizio distrettuale di Cavalese comunicava al Comune generale di Fiemme la risposta negativa data dal Capitanato circolare di Trento alla proposta d'impiegare lo stesso Patis come «operatore delle fratture d'ossa»[187]. Costui non era né legalmente istruito, né

[184] RENZETTI-TAIANI, 1988, pp. 51-53.

[185] AST, *Capitanato circolare di Trento, Sanità, 1845*, cart. 168. Si tratta dell'espressione usata nella denuncia del 1837.

[186] Le notizie sulla famiglia Patis sono riprese da RENZETTI-TAIANI, 1988, p. 79.

[187] AMCF, *Esibiti, 1832/33*, n. 66.

autorizzato ad esercitare l'arte chirurgica e pertanto inammissibile qualsiasi suo impiego, così come assolutamente vietata ogni sua pratica[188].

Ciò nonostante il Patis ignorò il divieto. Quattro anni dopo, nel 1837, si celebrò, infatti, a suo carico, un processo per «illecito esercizio dell'arte chirurgica» cui seguì una condanna a tre mesi di carcere secondo quanto previsto dall'articolo 98 del codice penale[189].

Neppure il nuovo provvedimento convinse, però, il Patis ad abbandonare l'attività né tanto meno le popolazioni locali a servirsi di altri legittimi operatori. Un rapporto compilato nel 1845[190] dal giudizio distrettuale di Cavalese raccontava, infatti, di come, cedendo alle pressioni esercitate dalle popolazioni di Fiemme e di Fassa, fosse stata offerta al Patis l'opportunità di sostenere l'esame di abilitazione quale basso chirurgo e di come, per tutta risposta, costui avesse mancato di presentarsi. Probabilmente il Patis non sentiva alcun bisogno di legittimazione dal momento che godeva della più ampia stima anche da parte del medico locale, il dottor Nicolò Partel, e, come si diceva, anche della copertura offerta da un certo Giovanni Patis, un suo parente, residente a Bolzano, regolarmente iscritto nel ruolo dei chirurghi[191].

188 AMCF, *Esibiti 1832/33*, cart. n.n. L'appoggio fornito al Patis dal Comune generale di Fiemme sembra riproporre la vicenda di circa un secolo prima quando la Comunità di Fiemme ricorse presso il principe vescovo di Trento chiedendo la revoca del proclama che proibiva ai cosiddetti «poderi» o chirurghi d'intervenire sugli infermi.

189 AST, *Capitanato circolare di Trento, Sanità, 1845*, cart. 168. L'articolo 98 del codice penale riguardava espressamente «chi senza licenza» esercitava «la medicina, o la chirurgia, facendone una professione». La pena prevedeva l'arresto da uno a sei mesi (*Codice penale*, 1845, Parte II, pp. 31-32).

190 AST, *Capitanato circolare di Trento, Sanità, 1845*, cart. 168.

191 Giovanni Patis era stato autorizzato ad esercitare con decreto del 21 aprile 1827 (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1827*, Z. 8732). La copertura di un'attività illegale da parte di un parente regolarmente approvato è, comunque, un fatto assai ricorrente. Così, ad esempio, il fratello del chirurgo Giuseppe Panato viene denunciato nella seduta del capo-gremio di Trento, riunitosi il 25 settembre 1843, per l'attività svol-

Più evidenti, invece, appaiono le ragioni che potrebbero avere indotto l'autorità politico-amministrativa ad operare l'ennesima eccezione: la prima connessa al timore di urtare la sensibilità della popolazione abituata da sempre a servirsi delle prestazioni della famiglia Patis, la seconda relativa alla constatazione dell'indiscutibile efficacia di quei metodi e infine, la terza basata sul calcolo di riuscire, cooperando, a controllare a proprio vantaggio un'attività.

Il rapporto proseguiva insinuando il sospetto che il medico Partel accettasse la collaborazione con Antonio Patis solo a causa della propria scarsa abilità[192]. Ed era proprio la collaborazione, se non addirittura la subordinazione, di un sanitario ufficiale ad un empirico che più preoccupava gli amministratori che grazie ad un'evidente delazione potevano anche citare i casi di flagrante reato. Si può supporre che il maggiore danneggiato dalle illecite attività del Patis fosse stato, al solito, un operatore diplomato, in questo caso il chirurgo Ioris[193]. Costui compariva, infatti, come parte lesa

ta «in casa e sotto il nome del menzionato fratello» (AST, *Capitanato circolare di Trento, Sanità, 1846*, cart. 185). Anche il figlio del medico Baldassarre Pedrini viene segnalato nel 1849 per le cure dispensate sotto la protezione del padre (AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano, Sanità, 1849*, cart. n.n.). È l'elenco potrebbe continuare, a conferma forse dell'importanza e della vitalità di una certa «credenza popolare» secondo cui merito e virtù mediche si trasmettevano in linea familiare per restare così prerogativa di ognuno dei suoi membri. Di ciò fu interprete, d'altronde, Knipps Macoppe quando scrisse nei suoi celebri aforismi: 'Medicinam cum lacte bibamus, quod arcana virtutis semina in nepotes derivent' (BRAMBILLA, 1984, p. 38).

192 Assunto come medico condotto fin dal 1839 il dottor Nicolò Partel fu interessato nel 1860 da un'inchiesta tesa ad accertare la sua riprovevole condotta morale poiché dedito all'alcool e al gioco (AST, *Espositura di Luogotenenza*, cart. 58). Questa vicenda sembrerebbe quasi confermare *ex-post* l'accusa di scarsa coscienza professionale rinfacciata al medico per la sua inopportuna complicità con il Patis.

193 Il chirurgo Ioris fu il primo a beneficiare del legato Ress, ossia dell'atto testamentario con cui l'avvocato Giuseppe Ress di Cavalese destinò nel 1818 la somma di 20600 fiorini al «mantenimento perpetuo d'un abile chirurgo approvato in alta chirurgia coll'obbligo di dover servire alcune Comuni del distretto di Cavalese». Tale somma fu disponibile nel 1828 alla morte della vedova (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1828*, Fasz. 2453, Z. 25363).

in uno dei fatti esemplarmente ricordati dall'accusa. Si può altresì supporre che proprio dallo Ioris fosse partita la denuncia che aveva condotto alla ricostruzione degli avvenimenti oggetto del rapporto.

In cosa consistessero più specificamente le colpe del terapeuta non è dato sapere, poiché era il medico Partel ad essere preso di mira nella protesta ufficiale. Non solo lo si tacciava di «procedere tutto contrario ai buoni principi dell'arte, all'onore di persone laureate ed al dettame della legislazione», ma lo si incolpava di far lega con «ciarlatani e guastamestieri»[194]. Egli addirittura aveva avuto l'ardire di chiamare ad un consulto oltre al già citato Antonio di Tesero, un altro «eguale empirico abusivo di Tires» in occasione di un incidente occorso ad un certo Gio. Batta Cigola di Vigo di Fassa, travolto dalla propria slitta rovesciatasi in corsa.

La fiducia riposta da persone dotate di «educazione e di qualche coltura» nell'abilità e nel credito che riscuoteva il conciaossa era tale da irritare profondamente, ancor più poiché nessuno degli assistiti aveva mai avuto motivi di lamentare danni dovuti ai suoi interventi. Il tono generale del documento, appena esaminato, oscilla dunque tra l'invettiva tipica del funzionario e l'accusa del professionista defraudato della propria clientela: tuttavia, esso prova indirettamente, per la genericità e vaghezza delle accuse stesse, e direttamente per la scarsità delle informazioni raccolte, l'incapacità istituzionale di misurare, arginare e colpire un sistema terapeutico alternativo.

I rapporti, forse le denunce, certamente le indagini sull'attività dei vari membri della famiglia non si chiusero rapidamente e i fascicoli riguardanti i Patis si sovrapposero. Così nel 1859 troviamo una nuova supplica, questa volta controfirmata dai capocomuni di Campitello, Canazei, Pozza, Pera e Vigo di Fassa, in Val di Fassa, in cui si chiedeva che Giovanni Patis, nuovo «germe» della famiglia, potesse «esercitare parte della chirurgia»[195]. Nel documento i capocomu-

[194] AST, *Capitanato circolare di Trento, Sanità, 1845*, cart. 168.

[195] AST, *Capitanato circolare di Trento, Sanità, 1859*, cart. 493.

ni esprimevano un'alta opinione dell'attività dell'empirico appoggiandosi, anche in questo caso, al parere espresso in passato da un medico, il dottore Francesco Facchini, e alla narrazione di un'esemplare guarigione ottenuta su un soldato del corpo dei Cacciatori imperiali. Il militare in questione, originario di Moena, essendo stato ferito durante la battaglia di Solferino, ottenne di essere trasportato presso la sua famiglia a Bolzano. Qui ricevute le prime cure da parte di medici e chirurghi, sarebbe andato incontro alla morte o quanto meno all'amputazione dell'arto ferito se non fosse stato assistito dal Patis che riuscì lì dove il personale sanitario aveva fallito. Ciò nonostante la risposta istituzionale non ammetteva obiezioni: si respinse la richiesta e contemporaneamente si ordinò al Patis «di astenersi dall'esercizio di un'arte della quale non ebbe mai veruna abilitazione»[196].

Le alterne sorti toccate agli esponenti di questo nucleo familiare ritornarono alla ribalta delle cronache locali tra fine Ottocento e inizio Novecento, quando nelle stesse zone divenne famosa l'attività del Noti del Mill, *alias* Giovanni Patis (1882-1939). Esperto quanto i suoi predecessori nel conciare le ossa, egli era anche apprezzato per i medicamenti generalmente esterni che portavano il suo nome e di cui si era sempre ignorata la composizione[197]. Non risulta che questo discendente, noto addirittura nella tradizione orale come dottor Mill, sia mai stato oggetto di denunce. Il periodo di guerra e il passaggio di questi territori dall'Austria al Regno d'Italia possono aver effettivamente coinciso con un allentamento della sorveglianza esercitata sugli individui non autorizzati, ma non si può neppure escludere che la reiterata fiducia nel tempo espressa dai vari medici locali, abbia prodotto quello stesso effetto, poi mantenutosi (e a tutt'oggi osservabile), di libertà d'esercizio. Il personale autorizzato assecondava le popolazioni rurali nella garanzia di sicurezza che il conciaossa offriva per molti incidenti, poiché sapeva

[196] AST, *Capitanato circolare di Trento, Sanità, 1859*, cart. 493.

[197] Di questo curioso personaggio danno notizie SORAPERRA DE GIULIO, 1980; TRENTINI, 1986, pp. 86-89 e POPPI, 1989.

di converso che quest'ultimo, non avrebbe valicato mai i limiti tacitamente imposti dalla concomitante presenza sul territorio dei medici. In tal modo la compresenza, talvolta vera e propria complicità, divenne convivenza[198].

Il caso della famiglia Patis è certo il più esemplare, anche per la varietà e complessità degli elementi che vi si possono scorgere, ma altre figure di «esperti», accusati di esercitare abusivamente la professione medico-chirurgica, emergono dalle carte d'archivio. Tralasciando ogni riferimento alle tante donne accusate dalle rivali diplomate o dagli stessi parroci di esercitare illegalmente l'arte ostetricia[199], le fonti contribuiscono a dare un nome, talvolta anche una breve informazione biografica, ad altri personaggi, che certamente godevano di una notevole autorevolezza fra la popolazione. È il caso di una certa Domenica Nicolini di Villazzano, paese nelle vicinanze di Trento, che subì ripetutamente l'arresto per essersi «ingerita senza alcuna autorizzazione in curar ammalati come medico e chirurgo, facendone un mestiere». Così una prima volta nel 1824, quando, giudicata colpevole dal Magistrato politico-economico di Trento, fu condannata a sei settimane d'arresto[200]; così ancora nel 1826 quando per lo stesso motivo fu allontanata dal territorio del giudizio distrettuale di Pergine[201]; così, infine, una terza volta, nel 1829, quando fu nuovamente espulsa dalla città di Trento dove si era recata nonostante la precedente interdizione[202].

[198] RENZETTI-TAIANI, 1988, p. 82.

[199] Innumerevoli sono le denunce sporte a carico delle mammane cosiddette abusive poiché prive di qualsiasi licenza per esercitare. Accanto a quelle dei vari curati si trovano, infatti, le altre segnalazioni fatte dalle diplomate che rivendicavano il loro diritto all'esclusivo esercizio dell'attività ribadito nelle norme e nei contratti stessi. Basti, come esempio, quello di Domenica Gianardol la quale denunciò al giudizio distrettuale di Vezzano nel 1831 l'illegale attività condotta da Caterina Albertini, già fatta segno, in precedenza, da un provvedimento di diffida (AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano, Sanità, 1831*, cart. n.n.).

[200] AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Polizia, 1824*, cart. n.n.

[201] AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Polizia, 1827*, cart. n.n.

[202] AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Polizia, 1829*, cart. n.n.

Due anni dopo avvenne un nuovo fermo, questa volta a Madrano, frazione dell'attuale comune di Pergine[203]. Interrogata subito dopo l'arresto la donna declinò le proprie generalità: figlia del fu Giacomo Nicolini, era nata e risiedeva a Villazzano, aveva 52 anni ed era nubile. Dichiarò di essere stata condannata già tre volte per «illecito esercizio di medicina», ma ricusò di aver «operato da medica» o aver venduto medicinali in questa sua ultima trasferta nel distretto di Pergine, dove si trovava per vendere abiti vecchi[204]. Nulla di più è dato quindi sapere sul genere di interventi praticati dalla donna, né sul modo in cui avesse appreso le sue conoscenze. Di certo doveva godere di grande notorietà nel raggio di territorio in cui operava: nel 1822, ad esempio, un certo Domenico Filippi di Vigolo Baselga si rivolgeva al Capitanato circolare di Trento per chiedere l'autorizzazione a far visitare la propria figlia malata dalla Nicolini[205].

Qualche informazione maggiore sulle terapie si ha invece relativamente a Maria Dallacqua di Campitello, di anni 70, la quale venne denunciata nel 1829 dal medico Francesco Facchini e dal curato di Campitello per essersi «ingerita nella cura d'ammalati senza esservi autorizzata, facendone un mestiere»[206]. La donna, già condannata in precedenza per lo stesso reato nel 1818 e nel 1822, fu accusata di aver procurato gravi lesioni, se non la morte stessa, a individui cui aveva prestato la propria assistenza nel trattamento di febbri epidemiche, nell'esecuzione di salassi e nell'estrazione di denti[207]. La «perquisizione giudiziale» scattata nei suoi

[203] AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Polizia I, 1831*, cart. n.n.

[204] AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Polizia II, 1832*, cart. n.n.

[205] AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano, Sanità, 1822*, cart. n.n.

[206] L'atto processuale contro la «medichessa» Maria Dallacqua di Campitello è depositato in AST, *Giudizio distrettuale di Fassa, Atti politici 1929*, cart. n.n. e viene qui utilizzato nella trascrizione proposta da GHETTA, 1993, pp. 66-70.

[207] Maria Dallacqua richiedeva per i suoi interventi un compenso di sei carantani per l'estrazione di un dente e per un salasso, di diciotto carantani per un clistere e dai dodici ai quindici carantani per un «vomitorio» (AST, *Giudizio distrettuale di Fassa, Atti politici, 1929*, cart. n.n.).

confronti si concluse con il sequestro di uno strumento per far salassi, «volgarmente detto *schnaperle*». Nonostante la condanna a quattro mesi di carcere e il pagamento delle spese processuali, le «circostanze mitiganti» riconosciute all'imputata lasciano intravedere, tuttavia, uno scenario ben diverso da quello che sembrava avere spinto il medico Facchini a sporgere denuncia. La donna meritava uno sconto di pena in quanto aveva ammesso spontaneamente le proprie colpe e poichè «eccitata» a dar salassi dallo stesso medico condotto, dottor Riddo. Questi, confidando molto nelle abilità della donna, non solo aveva chiuso un occhio sulla sua attività, ma l'aveva in qualche modo sollecitata a coltivarla. La lunga lista compilata dal Facchini di casi con esito infelice trattati dalla Dallacqua[208] sembra così nascondere più il timore nei confronti di una scomoda concorrente che non dell'imperizia dell'inquisita.

Le relazioni sanitarie e i rapporti politici di tutta la prima metà del secolo XIX contengono numerosi altri riferimenti ad individui colpevoli di occuparsi a vario titolo, ma senza alcuna legittima approvazione, nella cura delle persone. Né si tralascia a volte di condannare l'eccessiva indulgenza mostrata da «molte autorità» nei confronti di «abusi, pei quali molti malati, suscettibili di guarigione, divennero incurabili, impotenti, e ben anche vittime della morte»[209].

[208] «...nell'anno 1828 estrasse un dente a Gio. Battista Larzonei di Alba che gli produsse una lesione nella mascella...; fece un salasso ad una figlia di Gio Battista Zanet di Monzon, per cui punse l'arteria cubitale e le produsse un aneurisma...; nell'anno 1828 curò Giorgio Lagnol di Canazei che dovette soccombere; curò la moglie di Giacomo Faber di Campitello che corse grave pericolo della vita; curò Gio. Battista Sottoperra il quale dovette soccombere per un'anasarca; fece un salasso a Giuliana Debattista di Fontanaz, e morì...; curò Gio. Maria Riz di Gries il quale corse pericolo di vita; somministrò medicamenti a Marianna vedova Dallacqua di Pian, ad Antonio Riz ed alla vedova di Giovanni Hingherle di Campitello...» (AST, *Giudizio distrettuale di Fassa*, *Atti politici*, *1929*, cart. n.n.).

[209] Così come denunciato dal Capitanato circolare di Rovereto in una sua circolare del 27 marzo 1823 (AST, *Giudizio distrettuale di Arco*, *Normali*, 1823, cart. n.n.).

Nel 1815 fu registrato fra i soggetti rei di grave trasgressione politica un certo Pellegrino Sacchetti, denunciato dal Commissariato politico di Rovereto per illecito spaccio di medicamenti[210]. Nel 1819 venne arrestato a Pergine un certo Filippi, proveniente dalle Giudicarie, colpevole di aver dispensato pubblicamente medicinali nel corso della locale fiera[211]. Tre anni dopo, il 21 giugno 1822, il Capitanato circolare di Trento scriveva al giudice distrettuale di Civezzano pregandolo di ordinare al curato di Albiano, Luigi Villotti, di astenersi in futuro «dall'introdursi nelle case degli ammalati», dando parere sulle malattie, consigliando medicine e «facendosi fino lecito di rilasciare ordinazioni di emetici, di purganti e d'altro»[212]. Nel 1824 venne fermato nel territorio del giudizio distrettuale di Riva del Garda un certo Domenico Ziller, poiché sorpreso a vendere senza autorizzazione alcuni prodotti medicinali. Seguì immediato l'arresto e la condanna a otto giorni di carcere[213]. Nella città di Trento venne più volte denunciato e diffidato dall'esercitare la bassa chirurgia o flebotomia un certo Giuseppe Biasioli. Costui subì nel 1826 anche una condanna ad otto giorni di carcere per il reato di illecito esercizio delle professioni sanitarie[214]. Una nuova infrazione registrata nel 1830 testimoniava, tuttavia, di come il sedicente chirurgo non avesse rinunciato affatto alla sua pratica, ma al contrario avesse continuato imperterrito a soccorrere i suoi pazienti, tradito, forse, e solo occasionalmente, da sfortunate circostanze[215]. L'anno dopo, nel 1831, fu la volta di un certo Valentino Tambosi. L'uomo venne denunciato per l'illecito esercizio

[210] BCT, *Archivio comunale moderno, Polizia, XV, 1815, Protocollo di registratura degli atti di grave trasgressione politica*, cart. n.n.).

[211] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1820*, Z. 468, Relazione annuale del medico circolare di Trento Domenico Mattassoni.

[212] AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità*, 1822, cart. n.n.

[213] AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Polizia*, 1824, cart. n.n.

[214] BCT, *Archivio comunale moderno, Sanità, X*, 1826, cart. n.n.

[215] BCT, *Archivio comunale moderno, Sanità, XXIII*, 1830, cart. n.n.

della chirurgia nel paese di Calliano e dintorni[216]. Si può concludere, infine, questo elenco con la segnalazione fatta nel 1839 dal capocomune di Romagnano al Magistrato politico-economico di Trento: oggetto della comunicazione il passaggio in paese di «due contadini della Val di Non» ritenuti capaci di curare, con dei «decotti d'erbe», perfino la pellagra.

«I villici di Romagnano – affermava il capocomune – li tengono più in istima che i medici stessi»[217].

Una volta di più si evidenziavano così la persistenza e la continuità dei contenuti di un sistema terapeutico 'altro' i cui valori influivano sensibilmente sulla rappresentazione ideale del terapeuta e sul tipo di rapporto via via instauratosi fra medici e popolazione. Come non ricordare nuovamente il medico Francesco Facchini? Costui, botanico di fama nazionale, godette, fra gli abitanti dei luoghi in cui operò per lunghi anni, di unanime considerazione proprio in ragione di questa sua grande confidenza col mondo vegetale[218]. Profondo conoscitore delle erbe e dei loro usi egli dispensava a chi ne faceva richiesta misteriosi sacchetti con i suoi preparati. Particolarmente efficace era ritenuto un suo rimedio contro le febbri intermittenti sul quale si concentrarono anche le indagini delle autorità politico-amministrative volte ad accertare eventuali violazioni delle disposizioni riguardo allo smercio di medicinali[219]. Personaggio introverso

[216] ACB, *Tasse e varie*, 1821-1828, cart. n.n.

[217] ACT, *Sanità, XXIII*, 1839, cart. 417.

[218] Sulla figura di Francesco Facchini (1788-1852) si vedano gli atti del *Convegno in onore*, 1994.

[219] Alcuni degli atti relativi a questa vicenda si trovano in AST, *Capitanato circolare di Trento, Sanità, 1841*, cart. 86. Il medico Facchini sostenne la bontà del suo medicamento «vegetale» anche in alternativa all'uso del solfato di chinina disciolto in acido solforico, come suggerito sul finire degli anni trenta dal clinico Luigi Confani e pubblicizzato dalle autorità politico-amministrative (AST, *Capitanato circolare di Trento, Sanità*, 1839, cart. 73). Di questo nuovo medicamento si fece sostenitore CLOCH, 1838.

e stravagante, spesso assente a motivo delle sue escursioni botaniche, il Facchini, per tutte queste sue doti, impersonava certo agli occhi della popolazione più il ruolo di un terapeuta tradizionale che non quelle di un moderno uomo di scienza, di *erbarol* piuttosto che di botanico o medico.

7. *Conoscenza e utilizzo*

La condanna pronunciata nei confronti di alcune di queste figure di terapeuti empirici che abusivamente svolgevano mansioni spettanti, in teoria, ai soli «istruiti» o tuttalpiù «tollerati», non si tradusse, tuttavia, in un'unanime e totale rifiuto del patrimonio di conoscenze a monte del loro operare. Le stesse istruzioni per gli ufficiali sanitari che consigliavano di osservare e registrare attentamente i cosiddetti «rimedi domestici», giudicati tutt'altro che inefficaci, sono testimonianza di un'attenzione notevolmente discosta da quell'immagine, a lungo propagandata e sostenuta, di astioso ed insanabile contrasto fra ambito dotto ed ambito popolare.

Altri elementi, però, al di là di ogni considerazione sulla compatibilità, se non coincidenza, dei contenuti propri all'una e all'altra parte, possono confermare quest'interesse. Innanzitutto quei provvedimenti con cui l'autorità politico-amministrativa decise di «tollerare», oltre che certe persone, anche particolari metodi di cura che contro talune malattie sembravano ottenere migliori risultati di quelli vantati dalla medicina ufficiale.

È il caso, ad esempio, di un rimedio contro l'epilessia posseduto da un certo Domenico Calliari di Volano. Costui indirizzò, nel gennaio del 1836, una propria supplica al sovrano chiedendo la sua «protezione» per il proprio medicamento. La lettera, datata 23 gennaio, si configurava come una vera e propria arringa in difesa di quegli individui 'esperti' in grado quanto i medici di contribuire alla tutela e alla conservazione della salute umana:

«Tra i molti rimedi contro l'innumerabile schiera dei mali che l'umanità affliggono molti se ne trovano che furono parto del caso,

o di tentativi fatti da persone, che non erano scienziate. Avvenne quindi, che anche uomini profondi nell'arte salutare d'Esculapio sperimentarono di sovente tali ritrovati con felice successo. Quella gran mente enciclopedica di Lodovico Antonio Muratori ... ebbe a dire su questo proposito, che un secreto anche d'una semplice donnicciuola, fu dichiarato specifico per mali dichiarati incurabili dai medici più pratici ed addottrinati. La medicina empirica, comechè non sia da essere preferita a quella che dipende da principi fissi e determinati, e da scientifica analisi, non è sempre disprezzabile, perché fu molte volte ritrovata proficua»[220].

Non si è a conoscenza della risposta, ma certamente non dovette essere del tutto negativa se cinque anni dopo, nel 1841, il podestà di Rovereto diede licenza ai «residenti» Domenico Calliari e al socio Giacomo de Benvenuti di «poter esperimentare il loro vantato rimedio ... nello Spedale ... sotto la direzione del Fisico dell'istituto e la sorveglianza del Fisico Circolare»[221].

L'esperimento sarebbe stato condotto solo sui soggetti malati da non più di un anno poiché i detentori della ricetta affermavano, in base alle osservazioni fatte per molti anni, che i risultati migliori si ottenevano proprio in questi casi.

Da qui in avanti, per un paio d'anni[222], si sovrapposero negli atti ufficiali, le richieste di rapporti sullo stato di salute di numerosi pazienti sottoposti alla cura[223] e gli elenchi aggiornati dei malati. Finché, nel settembre del 1844, il competente organo sanitario manifestò il proprio parere. Avendo preso atto del giudizio espresso dalla Facoltà medico-chirurgica di Innsbruck si rese noto che «al nominato segreto debbesi

[220] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität*, 1836, Fasz. 2469, Z. 15418.

[221] AST, *Capitanato circolare di Trento, Sanità*, 1845, cart. 165.

[222] I risultati delle varie «esperienze» dovevano essere depositati presso i competenti uffici governativi entro la fine del 1842 (AST. *Capitanato circolare di Trento, Sanità*, 1842, cart. 106).

[223] Fra questi, ad esempio, un certo Giovanni Bertagnoli, residente nel giudizio distrettuale di Vezzano, di cui si chiedevano notizie in una lettera del Capitanato circolare di Trento del 13 novembre 1842 (AST, *Giudizio distrettuale di Vezzano, Sanità*, 1842, cart. n.n.).

attribuire una virtù subordinata contro il male caduco, [potendo] effettuare la guarigione in certi casi»[224]. Si comunicò altresì agli interessati che la citata Facoltà riteneva necessario proseguirne la sperimentazione e ampliare la casistica e a tal fine pregava il Capitanato circolare di intervenire presso i due «inventori» e indurli «a render di pubblica ragione per atto di filantropia il loro segreto». Evidentemente gli sforzi compiuti per decifrare i singoli componenti del rimedio erano stati vani, tanto che gli esaminatori, pur dichiarando di ritenere troppo alto il prezzo richiesto per ogni dose del preparato, mostravano i propri limiti affermando che «verosimilmente sarà composto di ingredienti di poco valore». Anche il tentativo di far svelare la ricetta non pervenne probabilmente ad alcun risultato se, come vero, l'anno successivo, nel 1845, il de Benvenuti e il Calliari sperimentarono ancora il loro farmaco su altri pazienti e al di fuori dell'ospedale[225].

La vicenda, tra richieste di riconoscimento ed altrettante richieste di sperimentazione, si protrasse ancora e sicuramente fino al momento in cui l'«onorevole testimonianza» del Fisico distrettuale di Rovereto, rilasciata nel 1853, non tributò l'ennesimo ed ufficiale riconoscimento all'efficacia del farmaco la cui pubblicità comparve anche a più riprese sulla «Gazzetta di Trento» tra il 1857 e il 1858[226]. Già nel 1851, d'altronde, a testimonianza della notorietà raggiunta dal rimedio, era pervenuta al Capitanato distrettuale di Rovereto la supplica di un genitore di Lizzana con la quale si chiedeva l'autorizzazione di potersi rivolgere al Calliari o al de Benvenuti per curare una bimba affetta dal grave male, «forse la prima delle disgrazie temporali su questa terra»[227]. Il padre dichiarò di aver sentito che «l'unico efficace rimedio» contro l'epilessia era quello e precisò che quanto era

224 AST, *Giudizio distrettuale di Rovereto, Sanità*, 1844, cart. 97.

225 AST, *Giudizio distrettuale di Rovereto, Sanità*, 1845, cart. 103.

226 La stessa pubblicità apparsa, ad esempio, sul n. 103 della «Gazzetta di Trento», anno I, 1957, dava ampio risalto al parere dell'illustre medico.

227 AST, *Capitanato circolare di Rovereto, Sanità*, 1851, cart. 453.

stato fino ad allora provato si era dimostrato del tutto inutile.

La fama dei due terapeuti di mal caduco, già salda prima degli esperimenti pubblici, risultò ulteriormente consolidata ed ampliata dal tentativo di ottenere riconoscimento ufficiale al segreto e proseguì immutata nel tempo. Nel 1929, quasi un secolo dopo la prima supplica di Domenico Calliari, un suo nipote di nome Urbano venne denunciato per aver «somministrato ad un epilettico pillole confezionate su una ricetta ereditata dal proprio nonno»[228].

Tutte le riserve espresse sull'ignoto farmaco propagandato dai protagonisti di questo episodio non sfiorarono mai la critica. Le limitazioni normalmente imposte a chi non laureato componeva medicamenti e li prescriveva caddero di fronte alla pur labile speranza che qualcuno avesse finalmente trovato la cura per un male difficilmente debellabile. Così si tollerò l'ingerenza in campo medico e si lasciò lungamente operare chi aveva saputo conquistare la fiducia dei compaesani e della popolazione tutta.

Analoghe sperimentazioni o autorizzazioni verranno quindi via via concesse anche ad altri farmaci o metodi curativi, da quello contro il colera[229] a quello per l'idrofobia[230], da alcuni

[228] *Contro l'esercizio abusivo della medicina*, 1929.

[229] Ampia diffusione fu data nel 1831 alla *Lettera di un parroco di Tisza-Babolna nel comitato Borsod in Ungheria intorno al metodo di trattamento degl'infermi di colera, da lui praticato con ottimo successo nella propria parrocchia* (AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità*, 1831, cart. n.n.). Stampata a spese del Magistrato politico-economico di Trento la lettera fu consegnata in seicento esemplari anche al vescovo di Trento che provvide a distribuirla all'interno della diocesi (BCT, *Archivio comunale moderno, Sanità, 1831* [Colera], cart. n.n.).

[230] Negli anni quaranta fu diffusa un'informazione a stampa sul metodo per curare l'idrofobia proposto dal maestro di scuola Giuseppe Lalič (AST, *Capitanato circolare di Trento, Sanità*, 1847, cart. 386, *Istruzione pel metodo proposto dal maestro di scuola Giuseppe Lalič per guarire la rabbia canina nelle persone e nelle bestie*). Il trattamento prevedeva in particolare l'uso della radice fresca di genziana crociata le cui virtù febbrifughe e lassative erano già note ad Ippocrate. Più in generale sullo studio in territorio austriaco di questa malattia, nei secoli XVIII-XIX, si veda THEODORIDES, 1974.

rimedi contro la tigna[231] ad un trattamento della tosse canina[232]. Lì dove la medicina ufficiale appariva impotente nel risolvere i gravi mali che affliggevano l'umanità, più forte riemergeva allora la confidenza in un patrimonio comune di conoscenze empiriche che solo il rafforzamento delle posizioni scientifiche della seconda metà dell'Ottocento avrebbe contribuito a relegare nell'oscuro mondo della superstizione[233]. Ma anche così l'alta considerazione nutrita in passato nei confronti di questo grande patrimonio di conoscenze riemergeva in tutte quelle pratiche empiriche inserite a pieno titolo fra le terapie ufficiali. Mi riferisco in particolare ai bagni di fieno la cui consuetudine prosegue immutata ancor oggi[234].

[231] Nel 1836 fu fatto sperimentare nell'Ospedale civile di Trento uno «specifico antitignoso» proposto dal calzolaio Giuseppe Pontalti (ACT, *Sanità, XXIII*, 1836, cart. 379). Successivamente in data 18 maggio 1844 il Capitanato circolare di Trento approvò la nomina ad infermiere dei tignosi di Roverè della Luna di Domenico Simeoni di Salorno, ritenuto «esperto in questa specie di mali» (AST, *Capitanato circolare di Trento, Sanità*, 1844, cart. 148). Alcuni anni dopo, infine, nel 1850, il Capitanato circolare di Rovereto promosse degli accertamenti su un metodo di cura della tigna posseduto da certo Giuseppe Schönsberg di Folgaria (AST, *Capitanato circolare di Rovereto, Sanità*, 1850, cart. 447).

[232] Nel 1822, in risposta alla violenta recrudescenza della pertosse registrata l'anno prima in numerose aree della provincia, fu proposto come metodo curativo l'ingestione di «saliva di cani giovanoti» (AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità*, 1822, cart. n.n.). A tal proposito, il Capitanato circolare di Rovereto osservava, in un suo rapporto del 4 giugno dello stesso anno, che il «rimedio della saliva di cane mescolata con del latte» non era affatto una novità «giacché le donnicciuole tutte hanno imparato loro a guarir questo malore facendo mangiare da un medesimo piatto con giovani cani i ragazzi affetti e dando loro qualche dose di latte di cane». Il precedente ricorso a questo tipo di rimedio era stato osservato nel 1804 nei dintorni del comune di Tenno e successivamente, nel 1812 e nel 1816, nella valle di Rendena e altri luoghi ancora (TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität*, 1822, Fasz. 2440, Z. 6231).

[233] In questo contesto s'inseriscono, ad esempio, gli studi condotti dai positivisti italiani nella seconda metà dell'Ottocento sulla medicina popolare (BRONZINI, 1983). Ancora nel 1934, a testimonianza della persistenza di alcune posizioni, SEMBIANTI, 1936, pur occupandosi di rimedi, sottolineava genericamente sia all'interno della propria esposizione, sia esplicitamente nel titolo, la persistenza, in relazione alla tradizione trentina, di pregiudizi che qualificavano la medicina popolare come superstiziosa.

[234] Si vedano in proposito RUATA, 1924 e BERGNA, 1983.

Esiste, infine, un altro elemento in grado di testimoniare questo interesse, ossia il recupero dei contenuti di una cultura materiale maturati attraverso l'esperienza quotidiana.

È il caso, in particolare, delle numerose fonti di acque minerali divenute via via nella prima metà dell'Ottocento meta di un consistente flusso turistico (cfr. tav. 10) e i cui benefici effetti erano già noti alla popolazione per averli sperimentati su di sé o per averli osservati sugli animali[235].

TAV. 10. *Affluenza ad alcuni stabilimenti idroterapici trentini fra il 1825 e il 1839*[236]

Anno	Rabbi	Peio	Vetriolo	Carano	Comano	Totale
1825	700	450	420	503	n.r.	2073
1826	600	380	315	340	1000	2635
1827	540	400	160	428	788	2316
1828	1050	620	190	198	1237	3295
1829	975	530	160	256	2238	4159
1830	1110	695	170	209	2128	4312
1831	1000	510	274	367	106	2257
1832	1200	600	308	456	510	3074
1833	560	450	270	296	300	1876
1834	998	450	380	530	508	2866
1835	980	312	460	481	566	2799
1836	350	150	100	343	112	1055
1837	1683	240	560	348	437	3268
1838	1150	450	620	337	560	3117
1839	974	305	386	288	475	2428

Si dice che le virtù medicamentose dell'acqua di Rabbi fossero state conosciute per la prima volta da un pastore il quale, conducendo il proprio gregge ad abbeverarsi in un luogo in cui si formavano due piccoli invasi, si accorse che le bestie ignoravano completamente l'acqua dell'uno per ser-

[235] Le fonti sfruttate nel 1857 e segnalate dal medico PREISS, 1858 erano quelle di Comano, Rabbi, Pejo, Fondo, Bresimo e Rumo, Vetriolo, Carano, Pontara e Cavelonte.

[236] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, Sanitätsberichte, 1820-1830,* Fasz. 2438 e *Sanitätsberichte, 1831-1840,* Fasz. 2458.

virsi solamente dell'altro[237]. A sua volta, la sorgente di Comano, interratasi da tempo, fu riscoperta casualmente nel 1807 da un contadino il quale, trovandosi a far macerare della canapa in una pozza d'acqua, si vide guarito dalla forma di scabbia che lo affliggeva[238].

Secondo la tradizione, fu ancora un contadino a rinvenire sul monte Tesobo il luogo da cui sgorgava l'acqua[239] e non è certo azzardato pensare che quella fonte fosse già da tempo conosciuta ed utilizzata dalla popolazione locale. Del resto, se il 1858, anno in cui il dottor Manetti esaminò le acque di Roncegno, venne meticolosamente annotato, altrettanto non accadde per la data di «scoperta» della fonte, fatta risalire molto nebulosamente a «qualche anno prima».

Il nesso fra possibile sfruttamento di una fonte e conoscenza empirica delle sue proprietà intrinseche da parte della popolazione locale risulta ancora più evidente nel caso di un rinvenimento fatto a San Martino di Castrozza nel 1847. In quest'occasione il Capitanato circolare di Trento pensò di ordinare al giudizio distrettuale di Primiero un'indagine fra i medici del luogo «su quanto loro consta dell'uso fatto dell'acqua – ritenuta idrosulfurea – da pastori, carbonari o contadini e, in genere, dalla limitrofa popolazione»[240]. Infine, dieci anni prima, nuovamente il medico Francesco Facchini aveva segnalato al giudizio distrettuale di Fassa l'esistenza, nei prati alpini del comune di Soraga, una fonte salina «molto purgativa», nota fino a quel momento ai soli pastori e coltivatori di fieno[241].

Il medico Antonio Faes, d'altronde, ben consapevole di come il ferro fosse sostanza usata in medicina fino dalla più remota antichità, non negava il merito di quei primi sperimenta-

[237] RUATTI, 1931, pp. 15-16.

[238] PERINI, 1851-1852, p. 163.

[239] MANETTI, 1860, p. 4.

[240] AST, *Capitanato circolare di Trento, Sanità*, 1847, cart. 202. Mancano purtroppo le risposte.

[241] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität*, 1836, Z. 11171.

tori che, osservando come «alcune acque uscivano dalle terre mineralizzate dal ferro per opera della provida natura», pensarono di applicarle in tutte quelle malattie per le quali il ferro ed i suoi preparati si erano dimostrati «giovevoli»[242]. Cosa impedisce dall'individuare in quegli anonimi sperimentatori non solo «uomini di scienza», ma anche semplici contadini? Il ferro non è certo sostanza estranea alla stessa terapeutica popolare.

Nel 1816, per citare un ultimo significativo episodio, il medico lombardo Pinali, investigando sulle acque di Vetriolo sosteneva di avervi rinvenuto tracce di arsenico. Le autorità politiche non esitarono a vietarne il consumo dato il rischio di avvelenamento. L'ordine, tuttavia, non fu rispettato e lo «stupendo buon senso del popolo preferì [dar ascolto all']esperienza, piuttosto che ad un eruditissimo dettato», rivelatosi in seguito errato[243].

Mai, come nella prima metà dell'Ottocento, appare pertanto attuale e piena di significato quella posizione, emersa fin dalla seconda metà del Settecento, secondo la quale occorreva sì battersi contro devozioni e superstizioni del «popolo», ma per indicare con questo termine il«volgo» dei teologi e medici d'antica scuola che quelle superstizioni fomentavano e condividevano, prima e piuttosto che un popolo dalle specifiche connotazioni sociali e culturali[244].

8. *Il ruolo degli ospedali*

Parlando di assistenza non si possono ignorare gli ospedali. Nel primo capitolo si è ampiamente accennato all'importanza degli istituti di ricovero come elemento essenziale della tecnologia medica, ma soprattutto come luogo di immediata applicazione degli orientamenti di politica sanitaria.

242 FAES, 1852, p. 626.

243 AVANCINI-PACHER, 1861, p. 5.

244 BRAMBILLA, 1984, p. 83.

Simili considerazioni valgono evidentemente anche per il territorio coperto da questa indagine, dove si assiste, nei primi decenni dell'Ottocento e in sintonia con quanto stava accadendo nel resto d'Europa[245], ad un crescente interesse nei confronti del ruolo dell'ospedale.

Le autorità politico-amministrative si adoperarono non solo per un chiarimento delle responsabilità al loro interno, intento sicuramente perseguito con i regolamenti del 1829 per il personale in servizio negli ospedali[246], ma assai più per l'adeguamento delle strutture alle nuove funzioni di cura.

Alcune delle strutture di ricovero, le più importanti in regione, conobbero un lento processo di trasformazione in questa direzione. Il 1847, anno in cui venne sperimentato per la prima volta nell'Ospedale di Santa Chiara l'uso dell'anestesia nel corso di un'operazione chirurgica[247], segna in un certo senso la frattura fra due opposte concezioni d'ospedale, quella di luogo riservato esclusivamente al ricovero dei meno abbienti e quella di centro per il trattamento e la guarigione degli infermi. Le due situazioni, peraltro, non cessarono di coesistere globalmente su tutto il territorio trentino anche nella seconda metà del secolo XIX. Se, infatti, gli ospedali di Ala[248], Arco[249], Borgo, Levico, Pergine, Riva, Rovereto, Strigno, Telve, Tesero[250] e Trento sembrarono se-

[245] Si vedano, a titolo d'esempio, per la Gran Bretagna ABEL-SMITH, 1964; per la Francia BORSA-MICHEL, 1987 e per la Germania RODEGRA, 1977.

[246] Cfr. nota 101 del II capitolo.

[247] PERINI C., 1847 (e): «Il giorno 17 e 18 febbraio alla presenza di più medici nell'Ospitale civile e militare di Trento venne tentata dal chiarissimo Operatore Pietro dottor Radaelli l'inspirazione dell'etere solforico a fine di sospendere la sensibilità nervea durante il processo operativo. L'apparecchio fu apposto ad una donna angosciata per ernia strozzata e fu sì efficace l'effetto, che operata non s'accorse del doloroso processo, tanto che sveglia dal sopore ricusava sottoporsi allo imprendimento confidente del ben essere in cui si trovava».

[248] DEL PERO L.-DEL PERO M., 1989.

[249] TURRINI, 1990.

[250] RICCABONA, 1835.

guire, seppur con intensità e tempi diversi, il nuovo corso, gli altri ospedali, o sarebbe meglio dire «ospitali», di Caldonazzo, Cles[251], Fiera di Primiero, Mori[252], Roncegno, Strada

[251] «Lo spedale di Cles – annotava in una lettera del 7 ottobre 1844 il giudice distrettuale di Cles – è in realtà e lo fu fino dalla sua origine una specie d'ospizio, dove si accolgono bensì anche infermi del Comune che volontariamente si presentano, ma nissuno fuorché un qualche miserabile privo di stato, e colto da cronica malattia s'approfitta del benefico istituto, cosicché non trovasi nello spedale di Cles quasi giammai alcun altro infermo di tal sorta, o qualche forestiero che cade ammalato accidentalmente nel luogo, e che trovasi senza soccorso.
Gli abitanti vengono invece soccorsi alle loro case dalla Congregazione di Carità che amministra le rendite dello spedale e tutti i fondi de' poveri del comune comulativamente.
...
Nello spedale trovasi alcuni locali per gl'infermi, letti e biancheria, ed altri mobili occorrenti che vengono custoditi da un infermiere, che ha la sua abitazione nello stesso ospitale, e questi ha l'obbligo del trattamento degl'infermi che vengono accolti contro il bonifico, che settimanalmente gli viene assegnato di tutte le somministrazioni, che vengono ordinate dal medico della cura.
Il motivo dunque che rari sono gl'infermi nello spedale è in parte l'invalsa opinione che sia d'approfittarsene solo pel caso di estrema miseria e di totale abbandono de' suoi parenti ed in parte poi anco alla sua insufficienza delle rendite, poiché se tutti gl'infermi poveri si presentassero allo spedale non basterebbero pel mantenimento d'un quarto dell'anno» (AST, *Capitanato circolare di Trento, Sanità*, 1844, cart. 148).

[252] Per quanto sorto poco dopo la metà del secolo, l'ospedale di Mori nacque nel rispetto della più antica tradizione: «Circa 28 anni fa – appare scritto su un numero della «Voce Cattolica» del 1880 – non esisteva [a Mori] alcun ospitale, gli infermi poveri venivano assistiti alle loro case dal comune e dalla carità dei privati; ma è facile immaginare quanta miseranda fosse la condizione di molti quando la malattia era prolungata. Dalle autorità locali di allora e col concorso delle generosità private, si provvide alla meglio ad un bisogno che ogni giorno andava via più manifestandosi; si stabilì un embrione d'ospitale, ove venivano accolti alquanti dei più bisognosi di ogni categoria e d'ogni età, non esclusi dei maniaci d'ogni specie. Era però cosa fatta così alla buona, assuntasi a dirigere da un buon galantuomo di qui, tolto dalla gleba, mancava tutta quella pulizia che si richiedono, per molteplici ragioni, in simili luoghi: era insomma più un «ricovero omnibus» che un ospitale per infermi. I lamenti degli ammalati e i rantoli dei morenti non di rado si confondevano colle ciarle degli invalidi e colle stramberie dei pazzarelli d'ogni misura. D'altra parte quel buon uomo che sostenne fin qui lodevolmente la economia d'un simile guazzabuglio, da qualche tempo domandava d'essere sostituito; allora la direzione pensò d'invitare le rev. suore ospi-

delle Giudicarie, Torcegno e Vigolo Vattaro[253] continuaro-

taliere, per mettere anche l'ospitale di Mori in quella regolarità in cui furono messi altri luoghi meno importanti e popolari di questo. Avviate dunque le trattative con le rev. monache, si giunse facilmente a conchiudere con esse» (citato in GRANDI-PASTORI BASSETTO-MAROCCHI-MENEGHELLI, 1981, pp. 108-109).

253 Quanto registrato per l'ospedale di Cles vale anche per l'ospedale di Vigolo Vattaro. Ecco le informazioni riportate da un prospetto del 1822, compilato in risposta ad una circolare capitaniale che lanciava un rilevamento sullo «stato degli spedali, delle case per le puerpere, degli esposti, degli incurabili e di ricovero e di altri stabilimenti per provvedere incurabili poveri»:
«In Vigolo Vattaro Giudizio di Civezzano esiste un Ospitale detto di San Rocco, ovvero casa di ricovero per provvedere agli impotenti poveri, e mancanti di assistenza nella propria casa. Se poi nella propria casa gli Infermi, o impotenti hanno l'assistenza, e sono mancanti del resto, allora l'Ospitale, conosciuto il bisogno, li soccorre con denaro, medicamenti, coperte e biancheria da restituirsi però cessata la malattia.
Vi sono tre letti per gli ammalati. Di presente vi è un solo orfano ricoverato. Per fondazione non si ricovera alcuno. L'uso però è che si ricoverano *transeunter* anche i poveri forestieri, ed infermandosi si trattano come quelli del proprio paese.
Ordinariamente non si somministrano generi in natura, ma piuttosto in denaro, e segnatamente ai poveri, che hanno in casa propria la sola assistenza.
Il fondo pel mantenimento consiste nel capitale di fior. 827.59. Le realità consistono in fondi, dai quali si ricava l'annuo affitto di formento stara 11 (undeci), min. 6 (sei), e segala stari 8 (otto), min. 10 (dieci). La comune supplisce terminato, o consumato il reddito in livelli portanti fior. 9.50.
La Congregazione di Carità amministra le realità, e supplisce colla più possibile economia ai bisogni della povertà.
Il reddito sporco delle realità capitali, ed altri proventi in un decennio consiste:

in interessi de' capitali	fior.	49.24
in livelli	fior.	9,50
in naturali	fior.	4.24
in affitti di realità	fior.	39.17
le sovvenzioni comunali variano	fior.	–
Summa del reddito sporco	fior.	94.55
Il reddito netto e purificato dalla passività di:		
N 2 messe cantate nella Cappella		
dello stesso Ospitale	fior.	1.12
di fior. 1.12 ai cantori	fior.	1.12
di steora	fior.	3.20
dell'annuale inventario ai		
Rappresentanti e Custode dell'Ospitale	fior.	1.48

no a funzionare solo come private istituzioni incaricate di sorvegliare sulla distribuzione di piccoli contributi per l'assistenza domiciliare ai poveri[254].

Non è possibile in questa sede affrontare in modo articolato ed approfondito il discorso sulle scelte in campo ospedaliero per tutto il territorio ed il periodo oggetto della presente indagine. Richiederebbe un lavoro di ricerca lungo e assai complesso per la frammentarietà e la dispersione delle fonti.

Alcune delle vicende legate alla vita dell'Ospedale di Santa Chiara di Trento consentono, comunque, di tracciare ugualmente un quadro sommario della situazione con particolare riferimento alla forma degli interventi.

La fondazione dell'ospedale civile di Trento può essere fatta risalire al 1810, anno in cui fu decretata la fusione in un unico ente dell'ospedale Italiano (Cà di Dio) con quello Alemanno. Si procedette, in questo modo, come in altre realtà italiane, «ad un accentramento dell'organizzazione ospedaliera sul modello francese, quale era scaturito dalle riforme post-rivoluzionarie»[255]. L'ospedale, secondo i ben noti indirizzi urbanistici, fu collocato fuori delle mura cittadine, all'interno dell'ex convento delle Clarisse. La sua funzione avrebbe dovuto indirizzarsi sempre più verso la cura e

Summa passiva	fior.	7.32
Resta il reddito netto	fior.	87.27

Come impiegati non v'è che il custode e la di lui moglie in qualità di infermieri e servi. Il medico chirurgo locale è obbligato di visitare gli infermi poveri *gratis* tanto nell'Ospitale, quanto nelle proprie case.
I conti annuali vengono rassegnati al Parroco in concorrenza dei Rappresentanti comunali entro il mese di gennaio.
Il solo custode, e la di lui moglie abitano nell'Ospitale, i quali ricevono e servono gli ammalati o ricoverati a richiesta del Parroco, o della Comune, ed amministratori di concerto del medesimo.
Le realità, ed i capitali non sogiacquero a cambiamenti» (AST, *Giudizio distrettuale di Civezzano*, *Sanità*, 1822, cat. n.n.).

[254] FAES, 1852, p. 128.

[255] PASTORI BASSETTO, 1978, p. 212. Sui temi dell'organizzazione ospedaliera in periodo napoleonico si veda, ad esempio, per la Toscana CARLI-TIRELLI, 1979.

il risanamento degli internati[256], ma concretamente, secondo la tradizione caritativo-assistenziale del passato, continuò a fornire ricovero soprattutto ai più poveri.

Per far fronte a questa situazione, che di fatto poneva seri vincoli al buon funzionamento della struttura, almeno secondo i principi condivisi dalla gran parte degli amministratori e del personale medico, si cercò gradatamente nel corso di tutto il secolo XIX di limitare l'accesso all'ospedale solo a quanti esprimevano bisogni immediatamente sanitari. Contemporaneamente si premeva per un miglioramento delle strutture edilizie.

Il 6 maggio 1828 il medico Giuseppe Lupis, allora responsabile dell'ospedale, scriveva alla Congregazione di Carità di Trento lamentando lo stato di grave abbandono in cui versava l'intera struttura. Il Lupis, rispondendo ad un'interrogazione circa l'esistenza o meno in quell'edificio di un locale idoneo per ospitarvi gli infermi di scorbuto, criticava a fondo l'intero impianto dell'ospedale stesso, giudicandolo insufficiente e per nulla rispondente alle leggi sanitarie. Mancavano, in altri termini, quelle condizioni minime in grado di garantire il successo delle terapie e soprattutto d'impedire la propagazione al suo interno dei più gravi contagi.

«Giacché offresi questa occasione – scriveva il medico nominato l'anno successivo medico civico per gli istituti di ricovero della città di Trento – il sottoscritto si fa di coraggio per far conoscere che in questo ospedale accorrono continuamente ammalati affetti de' morbi che più dello scorbuto manifestano una mala indole dal più de' medici tenuta in sospetto di contagione, per modo di esempio, la tisi tanto frequente, la febbre gastrica, il tifo anche semplice non volendosi qui parlare delle scabbie, e della sifilide, che in copia si fanno ravvisare. Fa altresì conoscere, che non tanto difficile, et rare si sviluppano le *costituzioni di malattie veramente contagiose*, e micidiali, che fanno il loro primo ingresso nella classe de' poveri, i quali sono appunto quelli che popolano i pubblici istituti, e che per conseguenza quivi, nel caso dovrebbero essere ammessi.

[256] Secondo quanto annotato da Leopoldo Pergher (BCT, ms 5592/1, p. 94), già nel 1822 dovevano esistere alcune stanze separate per le degenze a pagamento.

Questo ospedale non avendone mi sia lecito il dire, la menoma forma, e nemmeno locale perciò regolarmente fabbricati secondo le leggi sanitarie, che possano accogliere il numero possibile di ammalati di varie classi per metterli fra di loro fuori di reciproco contatto, azzarda il sottoscritto di risvegliare maggiormente alla memoria di questa Lod.e Congregazione l'assoluta necessità di prendere definitivamente una determinazione per dare a quest'Istituto una nuova forma e capacità tanto acclamata dal bisogno e dall'umanità»[257].

L'accorata denuncia del medico non svelava, peraltro, nulla di nuovo. La Congregazione di Carità aveva, infatti, già esercitato pressione sul Capitanato circolare di Trento affinché fosse dato incarico all'ingegnere circolare di approntare un «piano di adattamento dell'ospedale»[258]. La lettera del Lupis servì semmai a riportare l'attenzione su di un problema senz'altro noto, ma temporaneamente accantonato[259].

In un rapporto del 20 ottobre 1830, è ancora il medico Giuseppe Lupis ad evidenziare, richiamandosi al regolamento per i medici ospedalieri dell'anno prima, i gravi limiti della struttura affidata alla sua cura e in special modo la grave situazione delle infermerie giudicata insostenibile.

«Io ed il defunto dr. Canella molte e molte volte co' nostri rapporti femmo conoscere a questa Lod. carica, che le infermerie presenti non portano che il semplice nome, ma che in sostanza sono puramente locali del tutto non adatti a un tanto oggetto perchè bassi, ristretti, e pertuggiati da tante fenestre all'orizzonte dei letti, da cui, quantunque le vetriate si tengano chiuse, passano continuamente delle correnti d'aria, che apportarono gravissimi ed anco irreparabili danni agli ammalati. Femmo conoscere altresì, che altre infermerie s'attrovano a piano terreno sotto volti umidi, pochissimo ventilati, e per conseguenza del tutto insalubri, che l'ospitale non essendo fornito di locali capaci al numero del popolo bisogno-

[257] AST, *Capitanato circolare di Trento, Serie speciale*, cart. 559.

[258] Con relazione del 24 novembre 1827 (AST, *Capitanato circolare di Trento, Serie speciale*, cart. 559).

[259] Una nuova lettera della Congregazione di Carità del 7 maggio 1828 rinnovava la precedente richiesta (AST, *Capitanato circolare di Trento, Serie speciale*, cart. 559).

so, de' forestieri, e de militari, devonsi gli ammalati restringere, ed ammucchiare...»[260].

Sullo sfondo si agitava l'evidente preoccupazione che una simile situazione potesse costituire terreno fertile per l'insorgenza e la propagazione delle malattie contagiose, con grave minaccia anche per l'esterno.

«Io in particolare – prosegue il medico Lupis – dimostrai altre volte che pell'affollamento degli ammalati e in occasione di grande passaggio militare e per l'azione di certe malefiche costituzioni, è facile specialmente negli ospedali, lo svolgimento de' contagi e con maggior facilità del petecchiale e che nelle angustie presenti de' locali non solo anderebbero a gravissimo pericolo gli ammalati restandone vittima, ma anche a questi terribili perigli anderebbero incontro gli infermieri, gli ufficiali sanitari, il vicinato e la stessa città»[261].

Il 1831 segna l'anno di svolta. Con ogni probabilità lo stato di allerta dichiarato contro il colera contribuì a rompere gli indugi e ad accellerare i tempi per la realizzazione di parte di quegli interventi insistentemente richiesti. Da questo momento, infatti, grazie anche al recupero di alcuni crediti vantati nei confronti delle ammministrazioni militari francese ed austriaca per le cure dispensate ai soldati nei primi decenni dell'Ottocento, l'ospedale sarà al centro di una serie di progetti per modificarne la funzionalità.

Nella prima metà degli anni trenta si edificò una nuova ala comprendente numerosi locali fra i quali una camera mortuaria, i bagni per gli infermi e sopratutto stanze per i degenti[262]. Agli inizi del 1829 si era anche provveduto alla sostituzione delle lettiere in legno con quelle in metallo e alla fornitura di nuovi guanciali e materassi[263]. Già in un rapporto del 27 novembre 1837 il medico circolare di Tren-

[260] AST, *Capitanato circolare di Trento*, *Serie speciale*, cart. 559.

[261] AST, *Capitanato circolare di Trento*, *Serie speciale*, cart. 559.

[262] AST, *Capitanato circolare di Trento*, *Serie speciale*, cart. 559.

[263] AST, *Capitanato circolare di Trento*, *Serie speciale*, cart. 559.

to Luigi Montavon poteva osservare che l'ampliamento del corpo architettonico aveva contribuito a dare finalmente al Santa Chiara «la forma di regolare ospitale»[264]. «Nettezza» e buon ordine regnavano in tutto l'ospedale, ma soprattutto le sei nuove sale ampie e salubri, adibite ad infermeria, consentivano quella divisione interna degli ammalati la cui assenza era stata severamente criticata da parte del Protomedico Ehrhart in visita a Trento nel 1829[265].

Unico e grave motivo di lagnanza l'impossibilità per la struttura di sottrarsi all'obbligo di offrire ricovero ad una certa parte di popolazione per la mancanza in città di

> «appositi fabbricati ed istituti ai quali poter consegnare gl'infermi incurabili, gli affetti di consunzione e gl'impotenti, onde, [come disposto dall'articolo 22] della superiore istruzione pel medico dell'ospitale, lasciare le infermerie a beneficio de' soli infermi bisognosi di medico-chirurgico trattamento»[266].

Per quanto gravi inconvenienti venissero ancora denunciati a metà secolo dal nuovo medico civico per gli istituti di ricovero di Trento, Francesco Saverio Proch, le basi per una radicale trasformazione della struttura ospedaliera e della sua operatività erano state gettate. Vi avrebbero dovuto contribuire inoltre l'applicazione di una rigida disciplina interna e di un'organizzazione del lavoro che implicava la presenza assidua del medico e la collaborazione di personale subalterno solerte e competente.

Era ferma convinzione, infatti, che qualsiasi trattamento di cura intrapreso all'interno dell'ospedale necessitasse per la sua migliore riuscita del puntuale rispetto di una serie di diritti e doveri tanto da parte del malato[267] quanto da parte

[264] AST, *Capitanato circolare di Trento, Serie speciale*, cart. 559.

[265] AST, *Capitanato circolare di Trento, Serie speciale*, cart. 559.

[266] AST, *Capitanato circolare di Trento, Serie speciale*, cart. 559.

[267] «Regolamento interno di tutti gli spedali, e delle case di ricovero», in *Raccolta delle leggi provinciali*, dal primo di maggio sino all'ultimo di dicembre MDCCCXXXIX, pp. 466-510.

di coloro incaricati di assisterlo. La vita all'interno dell'istituto doveva essere ritmicamente scandita da precise abitudini di vita in grado, per lo stesso potenziale positivo attribuito alla regolarità dei comportamenti, di assecondare gli effetti delle cure mediche e di accellerare il processo di guarigione.

Il medico da parte sua, responsabile della scelta delle terapie, doveva contribuire allo sviluppo della ricerca medico-scientifica, annotando e vagliando attentamente ogni elemento osservato a riguardo del decorso della malattia.

Il medico Giuseppe Lupis è il primo a raccogliere e a far pubblicare nel 1824 una descrizione delle infermità trattate nell'ospedale civico[268]. Di ogni malato viene descritta la storia sanitaria con l'evoluzione e il termine della malattia. Ai dati dell'osservazione condotta sul paziente durante la degenza si aggiunge, in caso di esito mortale, anche la descrizione dei segni rilevati sul corpo dissezionato del defunto. È un lavoro di attenta analisi che si espande al di fuori dell'ospedale, dove i vari medici sparsi sul territorio registrano altrettante storie di malattie. Il paziente, anonimo campo di osservazione, diviene oggetto di una capillare analisi, alla ricerca dei segreti meccanismi che causano e alimentano la malattia. Sul finire degli anni cinquanta quest'attività venne anche regolata e delimitata sulla base di precisi questionari che indirizzarono la curiosità del medico verso determinati argomenti.

Anche lo sviluppo e l'efficacia dei sistemi di cura impiegati in ospedale si affidarono alla sperimentazione dei rimedi noti e all'attenta registrazione dei risultati ottenuti. Nel *Prospetto dei risultati ottenuti nello spedale di Trento dal 1 agosto 1824 fino tutto l'anno 1825* il medico Giuseppe Lupis rammentava che prima di sperimentare l'uso della china contro le febbri intermittenti volle «esperimentare quei rimedi, che vedeva essersi di recente più commendati o *che*

[268] LUPIS, 1826. Altri resoconti clinici saranno pubblicati dal medico Emilio Dallarosa nella seconda metà del secolo: DALLAROSA, 1867; DALLAROSA, 1868; DALLAROSA, 1869.

sono tra il nostro popolo di uso frequente». Fra questi i semi di lupino bianco che – sosteneva il medico – godevano di «grande riputazione nella valle superiore dell'Adige ove le intermittenti regnano endemiche»[269]. È ancora il medico Giuseppe Lupis, infine, l'autore di due scritti l'uno sull'efficacia dell'olio di caterpuzia per il trattamento delle febbri intermittenti[270] e l'altro sull'utilità dello iodio nelle affezioni scrofolose[271], ma numerosi sono anche i resoconti sulle operazioni chirurgiche. Fra i tanti le descrizioni lasciate da Dionigio Gerloni sugli interventi eseguiti da Giuseppe Maria Canella[272] o il racconto di un «voluminoso tumore cistico» estirpato dal chirurgo Pietro Liberi[273].

Molta parte dell'efficacia di ogni applicazione terapeutica era attribuita, tuttavia, all'esatta esecuzione delle prescrizioni mediche e di conseguenza alla presenza attiva di collaboratori affidabili. Già il medico circolare di Trento Luigi Montavon, nel citato rapporto del 1837, lamentava l'assenza in ospedale di personale infermieristico sufficientemente competente[274].

Al di là dei richiami etici contenuti nel regolamento del 1829, ai quali si sarebbe voluto vincolare l'azione del personale infermieristico, una soluzione concreta e immediata cui si ricorse per far fronte alla richiesta di personale preparato fu l'impiego a partire dagli anni quaranta delle suore di carità. Una convenzione conclusa fra l'Ordinariato e la Congregazione di Carità di Trento ne decretava l'ingresso ufficiale nell'Ospedale civico di Santa Chiara nel 1846 e riproponeva nel più ristretto ambito ospedaliero quella collaborazione con il personale religioso tanto ricercata e valorizza-

269 LUPIS, 1826.

270 LUPIS, 1825(a).

271 LUPIS, 1825(b).

272 «Giornale di chirurgia pratica», n. 11, nov. 1829, pp. 345-351.

273 LIBERI, 1831.

274 AST, *Capitanato circolare di Trento, Serie speciale*, cart. 559.

ta sul territorio[275]. Contemporaneamente veniva rinsaldato quell'antico vincolo, mai del tutto sciolto, fra esercizio dell'assistenza sanitaria ed esercizio della pietà cristiana.

Le vicende sinteticamente esposte per l'ospedale di Santa Chiara toccarono, anche se in misura e tempi diversi, altre realtà ospedaliere del territorio dove si realizzarono interventi di ristrutturazione ed ampliamento. Nuovi istituti di ricovero, quali quello delle Laste, nacquero da subito nel rispetto dei nuovi principi igienico-sanitari[276]. Luigi Montavon, medico circolare di Trento, rilevava, a conclusione della visita agli ospedali condotta nel 1847, condizioni generalmente buone sia riguardo alla pulizia, alla ventilazione e all'esposizione solare dei locali sia riguardo all'organizzazione interna degli infermi e allo stato delle suppellettili[277].

Un ultimo ineludibile ostacolo sembrava però opporsi più di altri all'affermazione degli ospedali nella loro nuova funzione: la diffusa convinzione fra la popolazione che l'ospe-

275 Le suore di carità fecero il loro ingresso ufficiale nell'ospedale il 18 giugno 1846. Una nota del Capitanato circolare di Trento del 12 agosto confermava l'assegnazione di un'ala dell'ospedale alle religiose per uso di abitazione. I compiti delle suore erano stati concordati in un primo protocollo firmato il 14 novembre 1844 alla presenza del vescovo di Trento, di tre rappresentanti della Congregazione di Carità della città di Trento e di una rappresentante dell'istituto di Lovere. L'intesa fu successivamente e definitivamente siglata il 23 ottobre 1845. Con essa si assegnavano alle suore le incombenze di infermiere, di cucitrici e di assistenti alla cucina. Non si nascondeva, tuttavia, da parte delle autorità religiose il progetto di riconoscere alle religiose anche più ampie responsabilità di tipo amministrativo: «La Superiora – scriveva il 27 agosto 1846 il vicario generale del vescovo al Capitanato circolare di Trento – assistita da sette o otto suore, da qualche donna, da due o tre infermieri, da un portiere, e un facchino sarebbe certo a portata di ben governare il pio luogo senza bisogno di altro personale residente nello spedale. Solo si potrebbe aggiungerle un provveditore, che dovesse dietro ordine della Superiora far le provviste giornaliere, e assistere nel tenere i registri» (AST, *Capitanato circolare di Trento*, cart. 202). Le suore di carità erano già state chiamate presso l'ospedale di Rovereto e negli anni immediatamente successivi furono inserite anche negli ospedali di Arco e Tesero.

276 Per le vicende di questo istituto si veda ANDERLE, 1981.

277 AST, *Capitanato circolare di Trento, Serie speciale*, cart. 559.

dale fosse una sorta di anticamera della morte e un luogo per soli moribondi. Se, dunque, nella riflessione medica e nell'iniziativa politico-amministrativa l'ospedale aveva conquistato un ruolo completamente nuovo, nella rappresentazione generalmente accettata, esso restava, come in passato, un luogo di abbandono e morte[278]. Le stesse cifre relative ai ricoveri e ai decessi per gli anni 1820-1839 sembrano confermare nei fatti questa tragica visione (cfr. tav. 11). Pur registrandosi nel complesso degli ospedali trentini, nell'arco di circa un ventennio, tra il 1820 e il 1839, un raddoppio nel numero dei degenti, passati dai 981 del 1820 ai 1947 del 1839, con una punta massima di 1981 nel 1836, si può affer-

TAV. 11. *Movimento dei degenti negli ospedali trentini tra il 1820 e il 1839*[279]

Anno	Già in cura	Ammessi	Dimessi	Morti	Rimasti in cura	Tasso di Mortalità
1820	85	981	807	125	134	11.72
1821	134	969	796	155	152	14.05
1822	152	978	853	158	119	13.98
1823	119	1153	960	146	163	11.47
1824	163	1122	1029	135	117	10.50
1825	–	–	–	–	–	–
1826	123	1354	1210	132	135	8.93
1827	135	1334	1171	158	140	10.75
1828	140	1504	1244	191	209	11.61
1829	209	1533	1361	203	178	11.65
1830	178	1664	1378	222	244	12.05
1831	244	1956	1767	234	198	10.63
1832	198	1620	1393	235	190	12.92
1833	190	1763	1487	259	208	13.26
1834	208	1763	1540	245	186	12.43
1835	186	1794	1485	227	272	11.46
1836	272	1981	1688	293	266	13.00
1837	266	1800	1590	227	239	10.98
1838	239	1782	1597	196	228	9.69
1839	228	1947	1719	182	274	8.36

[278] OLMI, 1981, pp. 112-113.

[279] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, Sanitätsberichte, 1820-1830*, Fasz. 2438 e *Sanitätsberichte, 1831-1840*, Fasz. 2458.

mare con ragionevole certezza che la durata media del ricovero conservava tempi assai lunghi. Il tasso di mortalità da parte sua registrò, per lo stesso periodo, valori piuttosto elevati con una punta massima del 14,05% nel 1821 ed una punta minima dell'8,36% nel 1839.

Anche l'affermazione del nuovo ruolo dell'ospedale, così come il raggiungimento degli obiettivi perseguiti dall'azione preventiva e da tutta la politica sanitaria, affidava le proprie sorti all'esito delle trasformazioni socio-culturali in atto e al grado di diffusione dei nuovi valori esistenziali ad esse connessi.

Conclusioni

Tra Settecento ed Ottocento si rafforza l'iniziativa statale in molti settori della società. Una delle ragioni dichiarate è la conservazione e l'incremento del benessere generale della popolazione. Strumento importante, ma non certamente unico, per cogliere simile obiettivo, appare la promozione dell'intervento nel settore sanitario. Il progetto politico finalizzato alla tutela della salute pubblica è articolato su tre grossi filoni: l'attivazione di un'estesa e capillare rete di sorveglianza sul territorio, l'adozione di una serie di provvedimenti preventivi e il riordino delle professioni sanitarie per una diversa organizzazione dell'assistenza sanitaria stessa.

Il potenziale innovativo insito in questo progetto sembra affiorare con maggiore chiarezza nella realtà trentina della prima metà del secolo XIX dove si verifica apparentemente un brusco cambiamento di governo. L'emanazione delle norme che danno attuazione al nuovo piano sanitario ha inizio, infatti, immediatamente dopo la secolarizzazione del Principato vescovile decretata nel 1803. Fin dal 1804, nel primo periodo di governo austriaco, si provvede alla nomina di un medico circolare e già nel successivo periodo di governo bavaro l'iniziativa statale nel campo sanitario coinvolge i grossi temi della preparazione del personale subalterno, della prevenzione contro il miasma e della vaccinazione. Con il definitivo passaggio del Trentino alla Contea del Tirolo, nel 1815, l'applicazione delle varie norme sembra conoscere una fase di crescente e radicale impegno.

Le fonti utilizzate hanno permesso di ricostruire i diversi movimenti di attuazione di queste normative, individuando-

ne il percorso irto di difficoltà. Ai ritardi e alle 'inadempienze' istituzionali si sommano le resistenze delle comunità che spesso non comprendono il significato delle riforme proposte e svelano in ciò la vitalità di un ampio e organico tessuto di credenze, abitudini e raffigurazioni sul quale quell'intervento stesso vorrebbe incidere, in parte negandolo, ma in parte inglobandolo. È quanto si scorge chiaramente nella vicenda relativa alla formazione di gruppi di operatori subalterni nei quali verranno assorbiti anche 'esperti terapeuti' in virtù di un'abilità nota e comprovata e della necessità di far fronte ad uno stato di bisogno.

In quest'ottica lo studio della politica sanitaria si offre non come una somma di decisioni o realizzazioni adottate lungo un percorso autonomo segnato da isolate e sterili logiche interne agli organi politico-amministrativi, ma come un'equazione assai più complessa formata da diverse visioni del mondo fra loro contigue e in rapporto di continuo e reciproco scambio.

In tutti questi passaggi conquistano una posizione centrale la figura e il ruolo del medico. Le istruzioni per il fisico comunale di Calliano e Besenello[1], identiche per contenuto a tante altre, nell'elencare i molteplici doveri del medico, sembrano sintetizzare l'essenza stessa del discorso sanitario. Credo, tutto sommato, che non vi sia modo migliore di riassumere e concludere quanto si è cercato di illustrare nelle pagine di questo libro che quello di proporre, a mo' di appendice documentaria, la lettura di questo documento:

«1. Il Medico-chirurgo condotto dalle due Comuni di Calliano e Besenello avrà il suo domicilio stabile in Calliano.
2. Sarà particolar dovere di detto Fisico comunale non solo di ben conoscere, ed osservare tutti i vigenti regolamenti sanitari, ma ben anche di invigilare, che i medesimi vengano puntualmente osservati in tutto il circondario del suo Fisicato. In ispecial modo si renderà sue le istruzioni sugli aiuti da prestarsi agl'annegati, ai sospesi, ai cotti dal fulmine & quelli per preservare gli utili animali dalle

[1] TLAI, *Jüngeres Gubernium, Sanität, 1832*, Fasz. 2461, Z. 10619.

malattie e per guarirli, e così pure quelle per le Sezioni cadaveriche. Ma la guida principale nel suo pratico esercizio sarà l'istruzione a stampa pei medici superiormente emanata li 2 novembre 1808 alla quale dovrassi intieramente ed esattamente uniformare.
3. Presterà la sua attenzione al contegno delle mammane dei due Comuni, e rassegnerà pronto rapporto alla competente autorità nel caso di morte o di permanente impotenza d'una di esse.
4. Invigilerà sulla vendita degli alimenti, del pane in particolare, e non trascurerà di avvertire la locale autorità qualora venissero posti in vendita comestibili dannosi alla salute segnatamente funghi di sospetta qualità.
5. Osserverà che l'acqua potabile tanto per gli uomini, che per gli animali venga mantenuta in istato di purità, e s'informerà pur di frequente se vengano messi in vendita vini alterati, e nocivi.
6. Starà incessantemente attento all'interna pulizia dei due Comuni procurando che le pubbliche contrade, ed i privati cortili vengano a norma de' vigenti regolamenti tenuti possibilmente netti, ed asciutti, e facendo trasportar in luoghi discosti dall'abitato lettami, ed altre immondizie che contro del medesimo si trovassero poste al contatto dell'aria libera.
7. Sarà suo dovere di denunziare alla rispettiva autorità quelle persone, che esercitassero qualche ramo sanitario senza autorizzazione, o vendessero medicinali.
8. Senza essere chiamato dovrà accorrere ogni qualvolta venisse a sua notizia, che un individuo povero del suo fisicato giacesse infermo o che fosse accaduto un ferimento, annegamento, o casi simili.
9. Una delle sue particolari incombenze sarà di prestare la più pronta, ed umana assistenza agl'infermi poveri, invigilando anche, che nel caso di vero bisogno, a norma delle paterne sovrane disposizioni, vengano i medesimi o dai fondi a ciò destinati, od in loro mancanza dalle casse comunali proveduti de' necessari medicamenti, alimenti, assistenza personale, come pure della indispensabile biancheria e copertura.
10. Visiterà di quando in quando la spezieria esistente nel comune di sua dimora, e trovandosi delle mancanze, qualora lo speziale non vi ponga pronto riparo, le farà presente alla competente superiorità.
11. Presterà la massima attenzione affinché tanto il farmacista locale come pure altri speziali, presso i quali andassero eventualmente a servirsi gli abitanti del Fisicato a lui confidato, spediscano le sue ordinazioni a seconda delle prescrizioni superiori, osservando specialmente se il medicamento sia accompagnato della tanto necessaria segnatura col nome di chi lo spedì, e col suo importo dietro la vigente tassa a V.V. non che colla zifra del volontario ribasso, che eventualmente lo speziale fosse per concedere a chi fa

il pagamento della ricetta. Ogni negligenza in ciò fare sarà da lui regolarmente denunziata.
12. Affine di prevenire qualunque arbitrio per parte degli Speziali nel tassare i medicamenti, visiterà spesso le ricette dai medesimi dopo il pagamento restituite alle famiglie nelle quali ebbe a trattare infermi, e trovandone di alterate in tassa le custodirà, e le rassegnerà alla competente autorità. Siccome poi esiste l'uso fra gli Speziali di distruggere le ricette pagate, avvertirà i capi di casa presso i quali ha da curare ammalati, che pagando di volta in volta la ricetta, ovvero molte di queste riunite insieme in un conto, lo Speziale è tenuto di restituirle tutte chiaramente tassate a V.V. a chi ne salda l'importo, e che essi possono perciò con diritto chiederle di ritorno per esaminarne l'accuratezza della tassa.
13. Eseguirà, e promuoverà nel suo Fisicato con tutto lo zelo la vaccinazione e dietro le recenti osservazioni fatte essendo stata trovata utile la rivaccinazione la consiglierà soprattutto a quegli individui che furono da parecchi anni anche con buon esito col pus vaccino inoculati. Egli raddoppierà la sua premura in questo argomento al tempo d'una minacciante epidemia di vajuolo umano.
14. Si presterà con tutta l'esatezza, e circospezione alla visita mortuaria, attenendosi scrupolosamente al regolamento per la visita de' morti, ed alle unitovi istruzioni superiormente emanate sotto la data dei 3 aprile 1829.
15. Rassegnerà al Capitanato rapporto ogni qualvolta le comuni, o le rispettiva autorità dietro sua insinuazione ricusassero o tardassero più del dovere di rimediare a qualche reale sanitario disordine, o di prestare la necessaria assistenza agl'infermi che si trovano nell'indegenza.
16. Sarà tenuto di prestarsi a tutte le incombenze sanitarie, pelle quali venisse dal proprio Giudizio incaricato.
17. Otto giorni dopo ogni quartal militare rassegnerà alla compettente autorità il prescritto prospetto degli ammalati rimasti, ricevuti in sua cura, guariti e morti e terrà un esatto registro su questi individui da lui trattati».

Fonti e bibliografia

Fonti e bibliografia

Elenco abbreviazioni

ACAT	Archivio della Curia Arcivescovile di Trento
ACB	Archivio Comunale di Besenello
ACR	Archivio Comunale di Riva del Garda
ACT	Archivio Comunale di Trento
ACTi	Archivio Comunale di Tione
ACV	Archivio Comunale di Varena
ACZ	Archivio Comunale di Ziano di Fiemme
AMCF	Archivio della Magnifica Comunità di Fiemme
AOM	Archivio dell'Ospedale Maggiore di Milano
ANP	Archives Nationales di Parigi
APC	Archivio Parrocchiale di Cavalese
ASF	Archivio di Stato di Firenze
ASM	Archivio di Stato di Milano
ASP	Archivio di Stato di Padova
ASPV	Archivio di Stato di Pavia

AST Archivio di Stato di Trento

ASUP Archivio Storico dell'Università di Padova

AVW Allgemaines Verwaltungsarchiv di Vienna

BCR Biblioteca Comunale di Rovereto

BCT Biblioteca Comunale di Trento

BMFI Biblioteca del Museo Ferdinandeo di Innsbruck

TLAI Tiroler Landesarchiv di Innsbruck

Fonti

1. Fondi archivistici

ACAT
Libro B (351), N. 357-22
Atti visitali, Giudicarie, 1671 (prima parte)
Atti visitali, 1838.

ACB
Tasse e varie, 1821-1828; 1827; 1829.

ACR
Atti riguardanti la sanità, cart.le 45, 49, 569, 570
Regno d'Italia, Leggi e decreti governiali e militari, 1812, cart. 468.

ACT
Sanità, XXIII, anni 1836-1850; 1852
Arti e mestieri, II, 1838, cart. 395
Polizia, XIX, anni 1836-1840.

ACTi
Amministrazione comunale, 1700-1820, cart. 35.
Militare, 1700-1820, cart. 41.
Polizia, 1700-1820, cart. 53.

ACV
Lettera S, fasc. VII, n. 1.

ACZ
Documenti storici, carte non inventariate
Lettera L, fasc. XI, n. 2.

AMCF
Libri dei voti, anni dal 1676 al 1811
Esibiti, anni 1818-1848
Carte non inventariate.

AOM
Archivio rosso, Scuole flebotomia, cart. 321.

ANP
F^{10}, c. 1317/18
F^{17}, *Instruction publique*, c. 1145/1146.

APC
Atti visite vescovili, 1738.

ASF
Segreteria di Stato, Affari di sanità, filze 133 e 136.

ASM
Istruzione pubblica, cart. 1, 11, 21, 24, 28, 31, 33, 38, 41, 167, 182, 197, 414, 416
Sanità p.a., cart. 2, 67, 186, 188, 464
Popolazione p.m., cart. 72
Studi p.m., cart. 269, 417, 1151, 1213, 1218, 1219, 1240, 1241, 1242, 1243, 1244, 1246, 1253.

ASP
Miscellanea civile, cart. 179.

ASPV
Università, Registri dell'Università di medicina, nn. 605, 610 e 611.

AST
Archivio Principato vescovile, Libri copiali, n. 11
Atti notarili, Notaio Paoli Gaspare da Pergine, cart. 3

Capitanato circolare di Rovereto, Presidiale, cart. 7
Capitanato circolare di Rovereto, Militare, 1832, cart. 196
Capitanato circolare di Rovereto, Sanità, anni 1840-1849, 1851
Capitanato circolare di Trento, Presidiale, cart. 1, 2, 40, 49 e 30
Capitanato circolare di Trento, cart. 1-11, 28-29, 34, 67-68, 73, 76, 86, 88, 106, 123, 126-127, 148, 168, 185, 201-202, 233-235, 339, 558, 559, 570
Capitanato circolare di Trento, Serie speciale, cart. 558
Capitanato distrettuale di Cles, cart. 205
Capitanato distrettuale di Rovereto, Commissariato civile, cart. 106-111 (anni 1798-1806)
Congregazione di Carità, cart. 1-4, 7, 109-114, 131, 151, 157, 178, 206-207, 230
Consigliere aulico, Culto-industria-polizia, 1872, cart. 51 e *1873*, cart. 59
Espositura di Luogotenenza, cart. 58.
Fisicato distrettuale di Tione, 1826, 1832, 1836, 1850-51, cart. n.n.
Giudizio distrettuale di Civezzano, Polizia, anni 1817-1834
Giudizio distrettuale di Civezzano, Sanità, anni 1817-1837
Giudizio distrettuale di Civezzano, anni 1838-1840
Giudizio distrettuale di Condino, 1808/1809 e *1818/1848*
Giudizio distrettuale di Fassa, Atti politici, anni 1829, 1837-1839
Giudizio distrettuale di Malè, Acque acidule di Rabbi, 1818-1859, cart. 81
Giudizio distrettuale di Riva, 1817-1848, cart. 2.
Giudizio distrettuale di Vezzano, Polizia, anni 1817, 1818, 1828 e 1838
Giudizio distrettuale di Vezzano, Sanità, anni 1817-1848
Leggi e decreti Napoleonici, Sanità, cart. 34
Normali di Trento, anni 1814-1833
Pretura di Tione, 1807-1848, cart. 27
Pretura politica di Rovereto, Sanità, 1855, cart. n.n.
Rovereto, Giudizio bavaro, Atti ereditari, 1809, cart. n.n.
Rovereto, Giudizio bavaro, Atti politici, 1809, cart. n.n.
Ufficio vicariale di Königsberg-Grumes-Lavis, Sanità, 1748-1784, cart. n.n.

ASUP
Facoltà medico-chirurgico-farmaceutica,
Cronaca della facoltà medica

Tabulato dei medici presso l'archivio antico dell'Università di Padova.

AVW
Hofkanzleiakten, IV. Innere politische Enrictungen, L. Sanitätssachen, Fasz. 971.

BCR
ms 12.10 (25).

BCT
Archivio comunale moderno, Sanità, anni 1811-1815, 1820, 1822, 1824, 1825, 1826, 1827, 1829, 1830, 1831, 1833
Archivio comunale moderno, Polizia, 1825
Archivio consolare, ms 1139, 2884, 3925, 3931, 3942, 3986, 3987, 3988, 3989, 3991, 3994, 3995
Raccolta manoscritti, ms 452, 2139, 2161, 2804, 5409/1, 5523, 5592/1, 5592/2, 5464.

BMFI
ms 1260, 4322.

TLAI
Jüngeres Gubernium, Sanität, anni 1788, 1804-1839.

2. Raccolte di leggi e decreti, pubblicazioni ufficiali

Bandi e ordini del Granducato di Toscana pubblicati in Firenze, Firenze 1765-1801.

Bollettino delle leggi della Repubblica italiana, Dalla Costituzione proclamata nei comizi in Lione al 31 dicembre 1802, Milano [1803].

Bollettino delle leggi del Regno d'Italia, Milano 1803-1813.

Bollettino delle leggi dell'Impero pei Regni e Paesi rappresentati nel Consiglio dell'Impero. Anno 1870, Vienna 1870.

Bothe für Tirol und Vorarlberg.

Codice ossia collezione sistematica di tutte le leggi, ed ordinanze emanate sotto il Regno di Sua Maestà Imperiale Giuseppe II, tanto in affari secolari, quanto ecclesiastici per tutti gli Stati ereditari stampata a Vienna nel 1785, Trieste 1786.

Codice penale universale austriaco coll'appendice delle più recenti norme generali. Parte II: delle gravi trasgressioni di polizia, Milano 1845.

Foglio d'avvisi per il Circolo dell'Adige.

Foglio d'avvisi per il Tirolo Meridionale.

Foglio uffiziale del Privilegiato Messaggiere Tirolese.

Foglio d'annunzi del Privilegiato Messaggiere Tirolese.

ISAMBERT F.A. (ed), *Recueil général des anciennes lois françaises depuis l'an 420 jusqu'à la Revolution de 1789*, Paris 1822-1833.

LASCHAN I. (ed), *Systematische geordnete Sammlung der in der Provinz Tirol und Vorarlberg bis Ende Juni 1845 erflossenen und noch in Wirksamkeit bestehenden Gesetze und Verordnungen im Sanitäts-wesen nebst einem chronologisch geordneten Nachtrage der von Ende Juni 1845 bis Ende Juni 1847 für dieselbe Provinz/kundgemachten Sanitäts-Verordnungen. Zum Gebrauche für sämmtliche angestellte und nicht angestellte Ärzte und Wundärzte, Apotheker, Kreisämter uns Landgerichte*, Innsbruck [1848].

MACHER M. (ed), *Handbuch der kaiserlich-österreichischen Sanitäts-Gesetze und Verordnungen für die k.k. politischen und Justizbehörden und die Gemeinde vertretungen, besonders für Sanitätsbeamte, Ärzte, Chirurgen, Apotheker und Alle, deren Berufsgeschäfte zum öffentlichen Sanitätswesen in naher Beziehung stehen. In chronologischen ordnung*, Graz 1869.

Messaggiere (Il) Tirolese.

Ordine generale per le scuole normali, principali ed ordinarie, in «Civis», 1985, suppl. n. 1.

Organisation (Die) der Medizinal-Komiteen zu München, Bamberg und Trient betreffend, in «Königlich-Baierisches Regierungsblatt», LXXI, 1808, 14 dicembre.

Provinzial-Handbuch von Tirol und Vorarlberg, Innsbruck [1847].

Raccolta delle leggi provinciali pel Tirolo e Vorarlberg.

Raccolta di leggi, decreti, proclami, manifesti, circolari pubblicati nel bollettino delle leggi di provvidenze di varie autorità, Torino 1800-1814.

Schematismus der Provinz Tirol und Vorarlberg, Innsbruck 1819-1848.

Übersichts-Tafeln zur Statistik der Österreichischen Monarchie zusammengestellt von der K.K. Direction der administrativen Statistik, Wien 1830-1850.

Bibliografia

1. Letteratura coeva

ABILDGAARD P.C., *Histoire abrégée de l'école veterinaire de Copenhaguen*, in *Instructions et observations sur les maladies des animaux domestiques...*, Paris 1813, pp. 7-30.

Almanach veterinaire contenant l'histoire abrégée des progrés de la médecine des animaux depuis l'établissement des écoles veterinaires en France..., Paris 1792.

AMBROSI F., *Cenni necrologici* [del dr. Francesco Facchini di Vigo di Fassa], Rovereto 1852.

AMBROSI F., *Commentario della storia trentina*, Trento 1887; rist. anast., Trento 1984.

ANGELI L., *Il medico giovane al letto dell'ammalato, istruito nei doveri di medico politico, di uomo morale e fornito di una compendiosa ed economica farmacopea lezione*, Imola 1793; Imola 1812; Padova 1825.

Atti della settima adunanza degli scienziati italiani tenuta in Napoli dal 20 settembre a' 5 di ottobre MDCCCXLV, Napoli 1846.

AUGIER DUFOT A.A., *Catechismo d'ostetricia per istruzione delle mammane di campagna composto per ordine e a spese del governo di Francia dal signor Augier Dufot...*, Venezia 1787.

AVANCINI G.-PACHER G., *Le acque ferruginose di Levico nel Trentino, dette del Vetriolo. Cenni storici geografici-terapeuti, accompagnati da un cenno geologico e da un'analisi chimica per cura del dott. Luigi Manetti*, Trento 1861.

BARTOLOMEI F.S., *Cenni intorno al carattere, ai costumi e alle usanze del popolo perginese diretti nel MDCCCXI al Prefetto del Dipartimento dell'Alto Adige dal Consigliere Francesco Stefano Dei Bartolomei e dissertazione intorno alle popolazioni alpine tedesche del Tirolo meridionale e dello stato veneto*, Trento 1860.

BARUFFALDI G., *La mammana istruita per validamente amministrare il S. Sagramento del Battesimo in caso di necessità alle creature nascenti*, Trento 1760.

BARZELLOTTI G., *Polizia di sanità per evitare i contagi, e distruggerli conservare la vita, la salute, e gl'interessi dei popoli e delle Nazioni*, Siena 1806.

BARZELLOTTI G., *Il parroco istruito nella medicina per utilità spirituale e temporale dei suoi popolari: dialoghi*, Pisa 1815-1816.

BARZELLOTTI G., *Della influenza della povertà sulle malattie epidemiche e contagiose come di queste su quella dell'importanza di migliorare le condizioni igieniche dei poveri*, Pisa 1839.

BASEVI E., *Degli uffici del medico*, Milano 1826.

BECCARIA C., *Sul regolamento delle condotte mediche e chirurgiche forensi* (1784), in *Opere*, Firenze 1958, II, pp. 312-343.

BERGMAN T., *Opuscoli chimici e fisici di Torbeno Bergman tradotti in italiano con aggiunte e note da Giovanni Fabroni*, Firenze 1787-1788.

BERNARDELLI P., *Cenni statistici del Trentino*, Trento [1843].

BERNATI N., *Brevi istruzioni dell'arte ostetricia ad uso delle comare levatrici...*, Treviso 1778.

BEROALDI P., *Codice sanitario pei medici e chirurghi comunali del Regno Lombardo-Veneto*, Venezia 1858.

BEROALDI P., *Dizionario della legislazione austriaca intorno la sanità pubblica continentale e la pubblica beneficenza emanata nel territorio governativo delle provincie venete a tutto l'anno MDCCCXXXIX...*, Padova 1840-42.

BERTI A., *Sulle cause della mortalità dei bambini nelle campagne*, in «Giornale agrario», serie II, I, 1848, n. 9, pp. 70-72.

BERTOLAZZI G., *Generali pratici ammaestramenti intorno ai parti per le levatrici di campagna nel territorio veronese...*, s.l. 1789.

BERTOLAZZI G., *Ammaestramenti intorno ai parti pubblicati d'ordine de' nobili Provveditori alla sanità di Bergamo, a istruzione delle comari principalmente di campagna*, Bergamo 1790.

BEZZI C., *Igiene naturale del Trentino*, Trento 1867.

BOTERO G., *Della ragion di stato libri dieci con tre libri delle cause della grandezza e magnificenza delle città*, a cura di L. Firpo, Torino 1948.

BRAUN C., *Übersicht der klinischen Ergebnisse des K.K. Gebar- und Findelhauses in Trient*, Warzburg 1855.

Brevi notizie biografiche intorno Giuseppe Maria Canella, s.l. [1830].

CADET DE GASSICOURT C.-L., *Voyage en Autriche, en Moravie et en Bavière fait à la suite de l'armée française pendant la campagne de 1809*, Paris 1818.

CALDERINI C.A., *Compendio analitico delle varie istruzioni popolari e dei precetti salutari, ecc. onde essere preservati dal cholera-morbus adattati alla maniera di vivere dei Veneti e dei Lombardi*, Verona 1835.

CANALI G.C.L., *La carità del prossimo celebrata spiegata e promossa in più ragionamenti...*, Bologna 1763.

[CANELLA B.], *Risposta ai due libercoli di Bartolomeo Gerloni seniore che portan il titolo di riflessioni medico-critiche e di rifiuto*, Magonza 1792.

CANELLA B.-CANELLA G., *Storia e riflessione sulla febbre che dominò nella comune di Riva ed adiacenze in sul finire dello*

spirato anno e principio del corrente a torto dichiarata contagiosa, Verona 1817.

CANELLA G., *Sull'attuale cultura medico-chirurgica e sugli ostacoli che si frappongono alla propagazione delle scoperte*, in «Appendice di storia e letteratura patria al Messaggiere Tirolese», 1828, n. 4, pp. 7-8.

CANESTRINI A., *Istruzione per innestare il vajuolo diretta al bene dell'umanità da Antonio Canestrini, tradotta dalla tedesca nella lingua italiana con una tavola in rame da Gio. Battista Gottardi M. fisico di Mezzocorona*, Trento [1802].

CANTÙ I., *L'Italia scientifica contemporanea: notizie sugli italiani ascritti ai cinque primi congressi attinte alle fonti più autentiche ed esposte da Ignazio Cantù*, Milano 1844.

CLOCH L., *Esistenza, danni, tragitto delle malattie ereditarie ovver di famiglia*, Trento 1826.

CLOCH L., *Nuovi esperimenti sull'efficacia del solfato di chinina disciolto nell'acido solforico contro le febbri occasionali*, Milano 1838 [estratto da «Annali universali di medicina» dell'ottobre 1838].

CLOCH L.-FAES A., *Notizie e proposte intorno la straordinaria malattia della vivente Maria Domenica Lazzeri di Capriana nel Trentino*, Padova 1845.

CLOCH L., *Avvertimenti al popolo per vivere lungamente sano di corpo e di mente esposti aforisticamente e con annotazioni dal dottor Leonardo Cloch*, Rovereto 1871.

COLLADON G.P., *Della vaccina. Alla signora di NN lettere del dot. G.P. Colladon membro della Società Reale di Medicina di Edimburgo*, Trento 1801.

COMBE BLANCHE J., DE, *L'antiméphitique, ou moyens de détruire les exhalations pernicieuses et mortelles des fosses d'aisance, l'odeur infecte des égoûts, celle des hôpitaux, des prisons, des vaisseaux de guerre, etc. Avec l'emploi des vicidanges neutraliseés, et leur produit étonant*, Paris 1782.

COMINI M., *Observationes quaedam medico-chirurgicae*, s.l. 1795.

COMINI M. (a), *La mammana corretta*, s.l. [1797].

COMINI M. (b), *Ragguaglio intorno la regnante epidemia ovvero epizoozia bovina della valle di Fiemme*, s.l. [1797].

COMINI M., *Specimen observationum medico-practicarum quas methodo chiarentiano instituit Michael Udalricus Comini de Sonnenberg. Pauculis in calce adjectis ad internam nosocomii Brixinensis constructionem spectantibus*, Brixinae 1801.

Compartimento territoriale del Tirolo italiano con elenchi degli istituti di beneficenza, delle associazioni, dei consorzi stradali e comprensori d'acque, degli istituti di educazione e scuole nello stesso esistenti con indicazione dei preposti comunali, reverendi curati e medici condotti e con un prospetto del personale delle II. RR. Preture desunto da fonti ufficiali, Trento 1868.

CONOLLY J., *Trattamento del malato di mente senza metodi costrittivi (*1856*)*, Torino 1976.

CRISTANI DE RALLO N., *Breve descrizione della Pretura di Rovereto*, a cura di A. Leonardi, Rovereto 1988.

DALLAROSA E., *Ragguaglio clinico dell'Ospitale civile di Trento nell'anno 1866*, Bologna 1867.

DALLAROSA E., *Ragguaglio clinico dell'Ospitale civile di Trento nell'anno 1867*, Bologna 1868.

DALLAROSA E., *Ragguaglio clinico dell'Ospitale civile di Trento nell'anno 1868*, Bologna 1869.

DEFREUGRE F., *Corrispondenza sulla conservazione ed il miglioramento degli animali domestici con le applicazioni le più dirette all'agricoltura, al commercio, alla cavalleria, al maneggio dei cavalli, alle razze ed all'economia domestica*, in «Giornale di chirurgia pratica», 1829, n. 12, pp. 292-338.

DE GORTER J., *Medicina ippocratica exponens aphorismos Hippocratis*, Patavii 1747.

Descriptio Diocesis et Cleri Tridentini, Tridenti 1833.

Diffusione (Sulla) della pellagra nel Trentino, in «Gazzetta di Trento», II, 1858, n. 93, pp. 1-2 e n. 96, p. 1.

FAES A., *Dell'avvelenamento per commistione dei funghi, e della maniera di curarlo*, in «Giornale agrario dei distretti trentini e roveretani», VI, 1845, n. 33, pp. 132-133.

FAES A., *Considerazioni topografico-mediche sul Trentino*, in A. PERINI, *Statistica del Trentino*, Trento 1852, I, pp. 487-642.

FASANO T., *Memoria sul novello metodo di ravvivar gli annegati e quanti per altre cagioni sembrano morti*, Napoli 1777.

FIETTA-CHIOLI S., *Notizie storico-critiche intorno a Tesino e suoi abitanti in generale con particolare riguardo alle donne di Pieve e al loro vestiario*, Borgo 1873.

FONTANA G., *Costituzione epidemica di febbri putride e maligne del 1772 e 1773. Osservazioni del sig. Dottore Giuseppe Fontana medico di Rovereto*, in «Giornale di medicina», tomo XII, 1774, pp. 2-8.

FRACASTORO, G., *De contagione et contagiosis morbis et curatione libri tres*, Venetiis 1546.

FRANK J.P., *De miseria populorum, generatrice morborum*, Patavii 1790.

FRANK J.P., *(System einer vollständingen medicinischen Polizey) Sistema compiuto di polizia medica*, Milano 1807-1808.

GERLONI B. (a), *Riflessioni medico-critiche sopra un grosso libro o tomo stampato dagli eredi Moroni di Verona 1789 che ha per titolo: Osservazioni e considerazioni teorico-pratiche intorno le cagioni della polmonea tisichezza*, Trento 1790.

GERLONI B. (b), *Rifiuto fatto da Bartolomeo Gerloni seniore, medico-chirurgo e cittadino di Trento, di un certo libricciuolo anonimo col titolo di «Correzione corretta»*, Colonia 1790.

GERLONI B., *Ragionamenti tre di Bartolommeo Gerloni seniore medico-chirurgo e cittadino di Trento, corrispondente della Regia società medica di Parigi ec. ec. in conferma delle sue riflessioni medico-critiche*, Trento 1792.

GERLONI D., *Brevi istruzioni per la gente di campagna intorno al mantenimento de' bovini*, Trento 1819.

GILIBERT J.E., *Anarchie médicinale, ou la médecine considérée comme nuisable à la société*, Paris 1777.

Giornale di chirurgia pratica, Trento 1825-1829.

GOSETTI M., *Dissertatio physiologica inauguralis*, Patavii 1823.

GREGORY J., *Lezioni sopra i doveri e la qualità di un medico*, Pavia 1795.

GUYTON DE MORVEAU L.B., *Traité des moyens de disinfecter l'air, de prévenir la contagion et d'en corrêter les progrès*, Paris 1798.

Immondizia (L') de' cortili nelle case coloniche, in «L'agricoltore», I, 1872, n. 5, pp. 67-68.

Istruzione ad uso delle autorità sanitarie e del personale addetto agli Stabilimenti di contumacia onde preservare i confini degli II. RR. Stati Austriaci dalla irruzione del cholera-morbus epidemico che regna nell'Impero delle Russie ed impedirne la propagazione nel non impossibile caso che potesse penetrarvi, Trento 1831.

Istruzione per la visita degli animali e delle loro carni per visitatori di campagna che non hanno cognizioni veterinarie; secondo il testo dell'i.r. Istituto veterinario di Vienna, Milano 1845.

Istruzione per le mammane della diocesi di Trento da osservarsi per ordine della reverendissima Superiorità ecclesiastica, Trento 1786.

JOUBERT L., *Erreurs populaires au fait de la médecine et régime de la santé...*, Bordeaux 1578.

KNIPS MACOPPE A., *Aphorismi medico-politici centum celeberrimi Alexandri Knips Macoppe*, Venetiis 1795.

LABUS, *Vita di G.B. Garzetti*, Milano 1840.

LAPI G., *Discorso sull'esterminio del loglio e di altre nocive*, Firenze 1767.

LEPORINI I., *Saggio sopra le dannose esalazioni delle paludi nel tronco dell'Adige dalla confluenza dell'Eisack fino a quella di Lavis*, s.l. 1796.

LIBERI P., *Storia di un voluminoso tumore cistico esistente al collo felicemente estirpato da Pietro Liberi*, Milano 1831.

LUPIS G. (a), *Esperimenti sull'efficacia dell'olio di caterpuzia contro le febbri intermittenti fatti dal dottor Lupis nello spedale di Trento 1825*, Trento 1825.

LUPIS G. (b), *Osservazioni comprovanti l'utilità dell'iodio nelle afezioni scrofolose*, Trento 1825.

LUPIS G., *Prospetto dei risultamenti ottenuti nello spedale di Trento dal 1. agosto 1824 fino a tutto l'anno 1825*, in «Giornale di chirurgia pratica», II, 1826, n. 1, pp. 51-60.

LUPIS G., *Topografia medica della città di Trento*, Trento 1831.

Lupis Giuseppe. Necrologia, in «Messaggiere Tirolese», 1834, n. 38, pp. 3-4.

MANETTI L., *Analisi chimiche di un'acqua minerale scoperta sul monte Tesobo presso Roncegno nel Trentino*, Trento 1860.

MARCABRUNI G., *Observationes de febri putrida-contagiosa grassante ad confines Italiae annis 1796 et 1797*, Trento 1798.

MARULLI T., *Sull'architettura e la nettezza delle città*, Firenze 1808.

MERCEY F., *Viaggio attraverso il Tirolo*, Trento 1988.

MERCURI S., *Degli errori popolari d'Italia*, Verona 1645.

MORONI F., *Cenni topografici di Caldonazzo paese del Tirolo*, Padova 1836.

Necessità (Sulla) d'introdurre nel Tirolo italiano veterinari approvati, in «Giornale agrario dei distretti trentini e roveretani», II, 1841, n. 45, pp. 177-180 e n. 46, p. 181.

ONGARI G.A., *Memorie e notizie di Rendena e Giudicarie dell'epoca napoleonica*, Trento 1983.

Ordinanza dell'i.r. Ministero dell'Interno del 4 giugno 1881, colla quale viene emanata una riveduta istruzione per le levatrici, in «Bollettino dell'Associazione medica tridentina», I, 1882, nn. 3 e 4, pp. 33-35 e 48-51.

PALLONI G., *Osservazioni mediche sulla malattia febbrile dominante in Livorno per servire d'istruzioni ai signori medici destinati al servizio del nuovo spedale provvisorio di S. Jacopo*, Livorno 1804.

PALLONI G., *Se la febbre gialla sia o no un contagio. Quistione agitata dai medici europei ed americani*, Livorno 1824.

PASTA G., *Il galateo dei medici*, Pavia 1791.

PASTORELLO L., *Elementi di ostetricia*, Trento 1843.

PERINI A., *La statistica del Trentino. Programma*, in «Messaggiere Tirolese», 1850, n. 46, pp. 1-4.

PERINI A., *Statistica del Trentino*, Trento 1851-1852.

PERINI C., *Breve prospetto di topografia patologica del Trentino*, Padova 1843.

PERINI C. (a), *Igiene popolare. Danni e vantaggi della medicina*

popolare, in «Giornale agrario dei distretti trentini e roveretani», VIII, 1847, n. 3, pp. 9-10.

PERINI C. (b), *Igiene popolare. Cause che volgarizzano la medicina*, in «Giornale agrario dei distretti trentini e roveretani», VIII, 1847, n. 4, pp. 15-16.

PERINI C. (c), *Igiene popolare. Riflessioni sovra un'opinione radicata nel popolo in riguardo alla medicina confrontata colla chirurgia*, in «Giornale agrario dei distretti trentini e roveretani», VIII, 1847, n. 17, pp. 67-68.

PERINI C. (d), *L'ospedale di Trento*, in «Messaggiere Tirolese», 1847, n. 42, pp. 1-3.

PERINI C. (e), *A medici condotti*, in «Giornale agrario dei distretti trentini e roveretani», VIII, 1847, n. 6, p. 24.

PERINI C., *Condizioni sanitarie locali*, in «Gazzetta di Trento», II, 1858, n. 159, p. 2.

Piano disciplinare per lo Spedal Maggiore di Milano e pe' suoi annessi, Milano 1790.

PIETRO LEOPOLDO, *Relazioni sul governo della Toscana*, a cura di A. Salvestrini, Firenze 1969-1974.

PINAMONTI G., *Trento, sue vicinanze, industria, commercio e costumi de' trentini*, Trento 1836; rist. anast., Bologna 1983.

POZZI G., *Nuova scienza veterinaria*, Milano 1802-1803.

PREISS G., *Sulle principali acque e bagni minerali del Tirolo italiano*, in «Gazzetta di Trento», II, 1858, n. 127, pp. 1-3.

PRIMEROSE J., *De vulgi erroribus in medicina, libri IV*, Lugduni 1664.

Principali (Sulle) acque minerali del Tirolo italiano (estratto dalla relazione fatta dal dott. Giuseppe Preiss al pereccelso Ministero dell'Interno nell'anno 1857), in «Gazzetta di Trento», II, 1858, n. 127, pp. 1-3.

RACHETTI V., *Teoria della prosperità fisica delle nazioni ne' rapporti d'economia pubblica, ossia esposizione de' principi politici, che servono di base a tutta l'opera*, Milano 1802.

RAMAZZINI B., *Le malattie dei lavoratori (De morbis artificium diatriba)*, a cura di F. Carnevale, Roma 1982.

Regolamento del Regio Arcispedale di Santa Maria Nuova, Firenze 1783.

Regolamento de' Regi Spedali di S. Maria Nuova e di S. Bonifatio, Firenze 1789.

Regolamento per l'imperiale Regio Istituto di veterinaria di Milano, Milano 1835.

REMER W.H.G., *Polizia giudiziaria farmaco-chimica o sia trattato degli alimenti salubri; delle loro falsificazioni; delle alterazioni che subiscono nei vasi di rame i quali servono a prepararli; dei veleni animali, vegetabili, ecc.*, Milano 1816.

RICCABONA G., *Das Spital zu Tesero*, in «Neue Zeitschrift des Ferdinandeums für Tirol und Vorarlberg», Innsbruck 1835, pp. 96-103.

RICHERAND A., *Erreurs populaires relatives à la médecine*, Paris 1810.

ROSSI E., *Una parola sulle case per operai*, Trento 1869.

ROUSSEAU J.J., *Il contratto sociale*, Milano 1965.

SACCO L., *Memoria sul vaccino unico mezzo per estirpare radicalmente il vajuolo umano, diretta ai governi che amano la prosperità delle loro nazioni*, Milano 1803.

SALVADORI M., *Sperienze, riflessioni di Matteo Salvadori sul morbo tisico in conferma del nuovo sistema all'illustrissimo e celeberrimo signore Leopoldo Marc'Antonio Caldani primario professore di anatomia, e di medicina teorica in Padova*, Trento 1789.

SIZZO C., *Cenni sull'industria dei distretti trentini e roveretani*, Padova 1848.

Statuto di Trento, Trento 1714.

STERNBERG K.M., VON, *Reise durch Tyrol in die Österreichischen Provinzen Italiens im Frühjahr 1804*, Regensburg 1806.

STORCK A., *Istruzione medico-pratica ad uso dei chirurghi civili e militari dei paesi austriaco-germanici...*, Innsbruck 1777.

Tassa medicinali semplici, e composti da osservarsi dal dì 1. gennaio 1791 fino a tutto il giorno 31 dicembre 1792 da' speziali nel Marchesato delle Giudicarie, Trento 1791.

TECINI F., *Contro i pregiudizi che ancora s'oppongono alla vaccinazione. Omelia recitata al suo popolo li 4 gennaio 1807 ricorrendo l'Ottava dei S. Innocenti, all'occasione che si pubbli-*

cò dal Pulpito un recente Ordine sulla vaccina dell'Ecc. R. Bav. Commisario Generale, da Francesco Tecini, decano e parroco di Pergine, Esamin. Prosin., Consigl. Eccl. di Salisburgo, e Socio della E. Accademia di Firenze, Trento 1807.

TECINI F., *Uberto ossia le serate d'inverno pei buoni contadini*, Trento 1817-1818.

TESTA G.A., *Della morte apparente degli annegati*, Firenze 1780.

TISSOT S.A., *Avis au peuple sur sa santé*, Lausanne 1761.

TRANQUILLINI G., *Dottrina della comare o sia breve compendio d'arte ostetricia*, Verona 1770.

Vaccinazione (La) raccomandata caldamente al cuore dei genitori, dei pastori delle anime, e dei giudici e difesa dai di lei oppositori, Innsbruck 1823.

VICO G., *La scienza nuova*, La Spezia 1987.

WÜRZBACH C., *Biographisches Lexikon des Kaiserthums Österreich enthalthend die Lebenskizzen der denkwürdigen Personen, welche 1750 bis 1850 im Kaiserstaate und in seinen Kronländern gelebt haben*, Wien 1858.

ZAMBELLI G., *Della necessità di istruire i chierici negli elementi della igiene e della patologia. Discorso letto nell'adunanza degli agronomi e tecnologi nel IX congresso italiano in Venezia*, in «Giornale agrario», serie II, I, 1848, n. 30, pp. 237-240 e n. 31, pp. 241-242.

ZANIBONI S., *Appunti intorno alcune cause di malattie e di mortalità dei bambini*, Rovereto 1873.

2. Letteratura secondaria trentina

ADORNO V., *La mortalità infantile nella città di Trento (1847-1857)*, in «Annali di San Michele», 1988, n. 1, pp. 171-198.

Ancora dei medici Stoffella di Vallarsa, in «Bollettino dell'Associazione medica tridentina», XLII, 1927, n. 1, pp. 18-19.

ANDERLE J., *Maternità illegittima ed esposizione infantile nel Trentino dell'800: il Triplice Istituto delle Laste*, in «Studi trentini di scienze storiche», LX, 1981, n. 2, pp. 129-193.

BARBIERI G., *Quattro secoli di storia demografica di un paese*

trentino: Coredo di Anaunia, in *Contributi del laboratorio di statistica*, s.l. 1939, pp. 227-244.

BATTISTI C., *Il Trentino. Saggio di geografia fisica e di antropogeografia*, in *Scritti geografici*, Firenze 1923, pp. 1-267.

BATTISTI C., *La distribuzione altimetrica della popolazione del Trentino secondo i censimenti 1809, 1847, 1880, 1890*, in «Tridentum», I, 1898, n. 1, pp. 1-17.

BELLI G. (ed), *Ex voto. Tavolette votive nel Trentino: «religione, cultura e società»*, Trento 1981.

BERGNA G.E., *La sauna verde: il bagno di fieno nel Trentino-Alto Adige da pratica empirica a terapia termale*, Calliano (TN) 1983.

BERNARDI S.-BOLLER R. (edd), *Il paesaggio negato: il fiume Adige e la città di Trento*, Milano 1987.

BERTASSI C., *Cronache archensi di Stefano Segala (1821-1858)*, in «Sommolago», IV, 1987, n. 1, pp. 101-124.

BERTASSI C., *L'istruzione elementare nel Distretto di Arco dal 1774 al 1915*, Arco (TN) 1989.

BERTOLINI E., *Cultura conventuale nella controriforma: la cura del corpo e dell'anima: aspetti profani di un discorso sacro*, Tesi di laurea, Università degli Studi di Bologna, Facoltà di Lettere e Filosofia, a.a. 1982/83.

BERTOLUZZA A., *Gridario*, Trento 1973.

Biografia dei fratelli Agostino e Carlo d.r Perini, Rovereto 1901.

Biografia del d.r Giusto De Vigili nobile di Campofranco (Freienfeld) - (1808-1895), in «Bollettino dell'Associazione medica tridentina», XLI, 1926, n. 7, pp. 297-302.

Biografia romanzesca del dottor Giovanni Giorgio Dantone di Val di Fassa, in «Bollettino dell'Associazione medica tridentina», XLI, 1926, n. 4, pp. 175-181.

BOCCHI R.-ORADINI C., *Trento*, Bari 1983.

BONI G., *Il d.r Giovanni Serafini di Ragoli nelle Giudicarie*, in «Bollettino dell'Associazione medica tridentina», XLIII, 1928, n. 8, pp. 263-266.

BONOMI L., *Naturalisti, medici e tecnici trentini: contributo alla storia della scienza in Italia*, Trento 1930.

BONORA R., *Peste e colera nel Trentino. Appunti su documenti*

di archivio, in «Studi trentini di scienze storiche», XXV, 1946, fasc. 2, pp. 136-148.

BORTOLI B.-GRANDI C. (edd), *Un secolo di legislazione assistenziale in Trentino (1814-1918)*, Trento 1983.

BOTTURINI M., *La pesca nel lago di Garda. Studio storico e critico*, Salò 1885.

BRESCIANI T., *Il d.r Francesco Saverio Ribbia di Arco (1751-1843)*, in «Bollettino dell'Associazione medica tridentina», XLIII, 1928, n. 8, pp. 235-238.

BRIDA L., *Il decennio 1796-1805 in una memoria di Gio. Batta Graziadei speziale di Caldonazzo*, in «Studi trentini di scienze storiche», LXIX, 1990, sez. I, n. 4, pp. 409-456.

BRUTI E., *Giambattista Catturani medico benefattore dell'Ospedale civico (1779-1848)*, Trento 1964 [estratto da «Studi trentini di scienze storiche», XLIII, 1964, nn. 1-4].

BRUTI E., *Antonio Perugini: medico condotto di Sopramonte (1813-1876)*, Trento 1970 [estratto da «Studi trentini di scienze storiche», XLIX, 1970, n. 2, pp. 168-172].

CARLINI A.-LUNELLI C. (edd), *I giorni tramandati: diari trentini dal Cinquecento all'Ottocento*, Trento 1988.

Carlo Perini [nota biografica], in «Atti dell'Imperial Regia Accademia degli Agiati», serie III, VI, 1900, fasc. IV, pp. 317-321.

CASETTI A., *Guida storico-archivistica del Trentino*, Trento 1961.

Circoscrizione (La) delle condotte, in «Bollettino dell'Associazione medica tridentina», III, 1884, n. 4, pp. 45-61.

CIRESA P.-SALVOTTI F., *Economia e politica di una valle trentina: la Magnifica Comunità di Fiemme (sec. XVI-XIX)*, tesi di laurea, Facoltà di Sociologia dell'Università degli Studi di Trento, a.a. 1977/78.

CIVETTINI C., *Povertà e mendicità. Il problema del pauperismo nel Principato vescovile di Trento (sec. XV-XVIII)*, tesi di laurea, Università degli studi di Trento, Facoltà di Sociologia, a.a. 1980/81.

CIVETTINI C., *Povertà e mendicità nel Principato vescovile di Trento. Note sul problema del pauperismo (secoli XVI-XVIII)*, in «Civis», XIII, 1989, n. 39, pp. 179-210.

CONDINI B., *Il Trentino e l'igiene nel secolo XIX*, in «Atti

dell'Accademia Roveretana degli Agiati», serie VI, XX, fasc. B, pp. 257-292.

Contributo alla storia della pellagra nel Trentino, in «Bollettino dell'Associazione medica tridentina», XLV, 1930, n. 1, pp. 27-33.

Contro l'esercizio abusivo della medicina, in «Bollettino medico trentino», XLIV, 1929, n. 1, p. 48.

Convegno in onore del botanico Francesco Facchini: atti, Vigo di Fassa (TN) 1994 («Mondo ladino», XVII, 1993, n. 1-2).

COPPOLA G., *Le attività agricole e silvo-pastorali nella Valle del Fersina. Appunti per la storia di un'economia di valle*, in *Atti del Convegno: La valle del Fersina e le isole linguistiche di origine tedesca nel Trentino*, San Michele all'Adige (TN) 1979, pp. 219-228.

COPPOLA G., *Il mondo della produzione e del lavoro*, in G. BELLI (ed), *Ex voto. Tavolette votive nel Trentino: «religione, cultura e società»*, Trento 1981, pp. 119-124.

COPPOLA G., *Proprietà fondiaria ed agricoltura nel Roveretano della seconda metà del XVIII secolo*, in *Studi in onore di Gino Barbieri. Problemi e metodi di Storia ed Economia*, Pisa 1983, I, pp. 469-509.

COPPOLA G., *Terra, proprietari e dinamica agricola nel Trentino del '700*, in C. MOZZARELLI-G. OLMI (edd), *Il Trentino nel Settecento fra Sacro Romano Impero e antichi stati italiani*, Bologna 1985, pp. 707-734.

COPPOLA G., *Tra mutamenti e conservazione: l'agricoltura roveretana nella prima metà dell'Ottocento*, in «Studi trentini di scienze storiche», LXVI, 1987, n. 2, pp. 187-234.

CORSINI C.A., *Le migrazioni stagionali di lavoratori nei Dipartimenti italiani del periodo Napoleonico 1810-12. Saggi di demografia storica*, Firenze 1969.

CORSINI U., *Per uno studio del fenomeno migratorio trentino nella prima metà del secolo XIX*, in *Atti del I Convegno Storico Trentino*, Rovereto 1955, pp. 117-139.

CORSINI U., *La politica ecclesiastica dell'Austria nel Trentino dopo la secolarizzazione del Principato e la sua annessione*, in *Miscellanea in onore di Roberto Cessi*, Roma 1958, III, pp. 55-76.

CORSINI U., *Il Trentino nel secolo XIX*, Rovereto 1963.

CORSINI U., *Problemi politico-amministrativi del Trentino nel nesso provinciale tirolese, 1815-1918*, in F. VALSECCHI-A. WANDRUSZKA (edd), *Austria e province italiane 1815-1918. Potere centrale e amministrazioni locali,* Bologna 1981, pp. 213-257.

D.r (Il) Antonio Girardi, in «Bollettino dell'Associazione medica tridentina», XLII, 1927, n. 9, pp. 251-252.

D.r (Il) Emilio Dalla Rosa (1840-1904), in «Bollettino dell'Associazione medica tridentina», XLII, 1927, n. 1, pp. 19-21.

D.r (Il) Giuseppe Rungg (1805-1882), in «Bollettino dell'Associazione medica tridentina», XLIII, 1928, n. 9, pp. 263-264.

D.r (Il) Vittore Corazzola, in «Bollettino dell'Associazione medica tridentina», XLII, 1927, n. 7, pp. 194-195.

DEBIASI E., *Raccoglitrice-comare-mammana-levatrice-ostetrica*, in «Atti dell'Accademia roveretana degli Agiati», serie VI, 1981, XX, fasc. B, pp. 233-255.

DELL'ANTONIO O., *Almanacchi e almanacchisti trentini del Settecento*, in «Studi trentini di scienze storiche», XXIX, 1950, n. 4, pp. 384-407.

DEL PERO L.-DEL PERO M., *L'ospedale civile di Ala*, in «I quattro vicariati», 1989, n. 65, pp. 126-130.

DE MARCHI F., *Il fattore demografico nella storia della Comunità di Fiemme*, in «Nova Historia», XII, 1960, n. 3, pp. 25-57.

DE POLZER A., *Vicende demografiche di un paese alpino*, in «Statistica», X, 1950, n. 1 (pp. 27).

DONATI C., *Ecclesiastici e laici nel Trentino del Settecento (1748-1763)*, Roma 1975.

Dottore (Il) Pietro cav. de Stoffella d'alta Rupe, in «Bollettino dell'Associazione medica tridentina», XLI, 1926, n. 12, pp. 443-444.

FELICETTI L.-CANAL V., *Memorie storiche di Tesero, Panchià, Ziano nel Trentino*, Cavalese 1912.

FIETTA E., *Con la cassela in spalla: gli ambulanti di Tesino*, Ivrea (TO) 1988.

FILOS F., *Storia dell'epidemia di cholera del 1836 a Mezzolombardo estratta dalle memorie storiche di Mezzolombardo del signor Francesco de Filos*, Trento 1887.

FOLGHERAITER A., *La collera di Dio. Storia delle epidemie di colera nell'Ottocento trentino*, Trento 1993.

FONTANA J., *Von der Restauration bis zur Revolution (1814-1848)*, in *Geschichte des Landes Tirol*, Bozen-Innsbruck-Wien 1986, II, pp. 581-737.

FORENZA N., *Paludi perginesi. Storia della bonifica e mito di Tommaso Mayer*, Pergine (TN) 1978.

GARBARI M., *Strutture amministrative comunali nella provincia del Tirolo durante il XIX secolo*, in P. SCHIERA (ed), *La dinamica statale austriaca nel XVIII e XIX secolo. Strutture e tendenze di storia costituzionale prima e dopo Maria Teresa*, Bologna 1981, pp. 323-353.

GARBELLOTTI M., *Il sistema assistenziale della città di Trento attraverso lo studio dell'ospedale Alemanno (secc. XIII-XVIII) con appendice documentaria*, Tesi di laurea, Università degli studi di Trento, Facoltà di lettere, a.a 1992/199.

GHETTA F., *Il paesaggio storico di Francesco Facchini attraverso i documenti*, in *Convegno in onore del botanico Francesco Facchini: atti*, Vigo di Fassa (TN) 1994, pp. 66-70 («Mondo ladino», XVII, 1993, n. 1-2).

GIRARDI C., *La mortalità infantile nel Decanato di Rovereto durante la seconda dominazione Asburgica (1814-1918)*, tesi di laurea, Università degli studi di Trento, Facoltà di sociologia, a.a. 1988/1989.

GRANDI C., *Un aspetto dell'agricoltura trentina dell'800: la distribuzione delle colture agrarie*, in «Atti dell'Accademia Roveretana degli Agiati», serie VI, XIX-XX, 1976, pp. 209-224.

GRANDI C., *La popolazione rurale trentina nella prima metà dell'Ottocento: primi risultati di un'indagine*, in C. GRANDI-A. LEONARDI-I. PASTORI BASSETTO, *Popolazione, assistenza e struttura agraria nell'Ottocento trentino*, Trento 1978, pp. 15-114.

GRANDI C.-PASTORI BASSETTO I.-MAROCCHI G.-MENEGHELLI G., *Mori e la sua Cassa rurale*, Mori (TN) 1981.

GRANDI C., *La popolazione della città di Trento nel corso del Settecento: una capitale che si spegne*, in C. MOZZARELLI-G. OLMI (edd.), *Il Trentino nel Settecento fra Sacro Romano Impero e antichi stati italiani*, Bologna 1985, pp. 735-803.

GRANDI C., *Un episodio di storia sociale e sanitaria: le condotte mediche nel Trentino di metà Ottocento*, in *La popolazione italiana nell'Ottocento*, Bologna 1985, pp. 299-315.

GRANDI C. (a), *Verso i paesi della speranza. L'emigrazione trentina dal 1870 al 1914*, Abano Terme (PD) 1987.

GRANDI C. (b), *Cenni sulla dinamica socio-demografica della popolazione trentina immediatamente prima e dopo l'annessione*, in A. LEONARDI (ed), *Il Trentino del primo dopoguerra: problemi economici e sociali. Atti del convegno di studi: I cattolici e le altre forze politiche trentine di fronte ai problemi economici e sociali del primo dopoguerra. Trento, 23-24 ottobre 1981*, Trento 1987, pp. 119-159.

GRANDI C., *«Curatore d'anime dello stato civile»: il parroco durante la seconda dominazione asburgica (1814-1918)*, in G. COPPOLA-C. GRANDI (edd), *La «conta delle anime». Popolazioni e registri parrocchiali: questioni di metodo ed esperienze*, Bologna 1989, pp. 251-319.

GRANDI C. (a), *Allontanamento ed emarginazione istituzionale della follia nel Trentino dell'800*, in A. PASTORE-P. SORCINELLI (edd), *Emarginazione, criminalità e devianza in Italia fra '600 e '900. Problemi e indicazioni di ricerca*, Milano 1990, pp. 111-121.

GRANDI C. (b), *Le conseguenze dell'emigrazione in una zona alpina: il caso del Trentino durante la seconda dominazione asburgica (1814-1915)*, in *Popolazione, società e ambiente. Temi di demografia storica italiana (secc. XVII-XIX)*, Bologna 1990, pp. 499-515.

GRANDI C.-TOMMASI R., *Emigrazione dalla Valsugana. Per una migliore comprensione del presente, per una migliore preparazione dell'avvenire*, Pergine (TN) 1990.

GRANDI C., *L'abbandono degli illegittimi nel Trentino dell'Ottocento*, in *Enfance abandonnée et société en Europe: XIV-XX siècle. Actes du colloque international organisé par la Società italiana di demografia storica. Rome, 30 et 31 janvier 1987*, Roma 1991, pp. 653-674.

GRANDI C. (ed), *Emigrazione: memoria e realtà*, Trento 1990.

IORIS L., *Il d.r Vincenzo Poda*, in «Bollettino dell'Associazione medica tridentina», XLIII, 1928, n. 10, pp. 298-300.

IORIS L., *D.r Massimiliano e d.r Luigi Bolego*, in «Bollettino dell'Associazione medica tridentina», XLIV, 1929, n. 9, pp. 433-435.

IORIS L., *Il dott. Ferdinando de Panizza*, in «Bollettino dell'Associazione medica tridentina», XLVI, 1931, n. 5, pp. 172-177.

KNAPTON M., *Per la storia del dominio veneziano nel Trentino durante il '400: l'annessione e l'inquadramento politico istituzionale*, in «Civis», VIII, 1984, n. 24, pp. 343-369.

LEONARDI A., *Depressione e «risorgimento economico» del Trentino: 1866-1914*, Trento 1976.

LEONARDI A., *Rapporti contrattuali nell'agricoltura trentina del secolo XIX*, in C. GRANDI-A. LEONARDI-I. PASTORI BASSETTO, *Popolazione, assistenza e struttura agraria nell'Ottocento trentino*, Trento 1978, pp. 117-204.

LEONARDI A., *Levico e la Cooperazione*, Trento 1980.

LEONARDI A., *L'Azienda Wolkenstein Trotsburg di Trento fra i secoli XVIII e XIX*, in G. COPPOLA (ed), *Agricoltura e aziende agrarie nell'Italia centro-settentrionale (secoli XVI-XIX)*, Milano 1983, pp. 79-132.

LEONARDI A., *Nascita e sviluppo del turismo termale. Levico tra XIX e XX secolo*, Levico (TN) 1990.

LEONARDI A. (ed), *Il Trentino del primo dopoguerra: problemi economici e sociali. Atti del convegno di studi: I cattolici e le altre forze politiche trentine di fronte ai problemi economici e sociali del primo dopoguerra. Trento, 23-24 ottobre 1981*, Trento 1987.

LEONARDI E., *La scuola elementare trentina dal Concilio di Trento all'annessione alla patria (vicende – legislazione – statistiche)*, Trento 1959.

MARSILLI P., *Il Trentino di Kaspar Graf von Sternberg*, in C. MOZZARELLI-G. OLMI (edd), *Il Trentino nel Settecento fra Sacro Romano Impero e antichi stati italiani*, Bologna, 1985, pp. 633-644.

Matteo Salvadori, medico e filosofo, in «Bollettino dell'Associazione medica trentina», XLI, 1926, n. 3, pp. 139-140.

MAZZOLINI R.G., *Scienza e medicina nel Trentino del secondo Ottocento*, in *Le scienze mediche nel Veneto dell'Ottocento: atti del primo seminario di storia delle scienze e delle tecniche nell'Ottocento veneto: Venezia, 2 dicembre 1989*, Venezia 1990, pp. 109-119.

Medico (Il) d.r Giacomo de Bertoldi di Arco, in «Bollettino dell'Associazione medica trentina», XLI, 1926, n. 1, pp. 45-47

Memorie dell'I.R. Accademia di scienze lettere ed arti degli Agiati in Rovereto pubblicate per commemorare il suo centocinquantesimo anno di vita, Rovereto 1903.

MERHART N., VON, *Bauerndoktor und Heiler in Tirol*, Innsbruck 1988.

MERIGGI M., *Il Principato vescovile e il«farsi stato» dell'Impero*, in C. MOZZARELLI-G. OLMI (edd), *Il Trentino nel Settecento fra Sacro Romano Impero e antichi stati italiani*, Bologna 1985, pp. 677-691.

MICHELI P., *La Pieve di Mezzocorona nel centenario della consacrazione della chiesa parrocchiale 1867-1967*, Trento 1968.

MOGNASCHI A., *Due paesi, una storia: Bondo e Breguzzo nel Milleottocento. Da Napoleone a Francesco Giuseppe*, Pelugo (TN), 1988.

MONTELEONE R., *Problemi e condizioni economiche del Trentino durante l'annessione al Regno Italico (1810-1813)*, in «Studi storici», I, 1959/60, n. 5, pp. 913-943.

MONTELEONE R., *Il Trentino e la carestia degli anni 1816-1817*, in «Il cristallo», III, 1961, n. 2, pp. 71-92.

MONTELEONE R., *La struttura agraria del Trentino all'inizio del XIX secolo*, in «Miscellanea storica ligure», III, 1963, pp. 259-279.

MONTELEONE R., *L'economia agraria del Trentino nel periodo italico (1810-1813)*, Modena 1964.

NEQUIRITO M., *Ordine politico e identità territoriale: il «Trentino» nell'età napoleonica*, in C. MOZZARELLI (ed), *Trento, principi e corpi: nuove ricerche di storia regionale*, Trento 1991, pp. 125-197.

OLMI G., *Malattie e condizioni di vita*, in G. BELLI (ed), *Ex voto. Tavolette votive nel Trentino: «religione, cultura e società»*, Trento 1981, pp. 81-117.

OLMI G., *La pellagra nel Trentino fra Otto e Novecento*, in M.L. BETRI-A. GIGLI MARCHETTI (edd), *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'Unità al fascismo*, Milano 1982, pp. 361-390.

OLMI G., *L'istituzione manicomiale nel Trentino alla fine dell'800. Primi risultati di ricerca*, in *Sapere scientifico e questione sociale tra '800 e '900*, Mantova 1988, pp. 321-339.

OLMI G., *Condizioni sociali e sanitarie*, in «Storia e problemi contemporanei», V, 1992, n. 3, pp. 65-89.

ONORATI E., *I frati di Cavalese con la gente di Fiemme*, Trento 1990.

PANIZZA T., *Per la storia della carestia dell'anno 1816 in Trento*, in «Studi trentini di scienze storiche», XIII, 1932, pp. 197-206.

PANTOZZI G., *Sviluppo storico dell'istituzione dei sordomuti del Trentino*, Trento 1973.

PANTOZZI G., *Gli spazi della follia: storia della psichiatria nel Tirolo e nel Trentino: (1830-1942)*, Trento 1989.

PASTORI-BASSETTO I., *La Congregazione di Carità di Trento nella prima metà dell'Ottocento*, in C. GRANDI-A. LEONARDI - I. PASTORI-BASSETTO, *Popolazione, assitenza e struttura agraria nell'Ottocento trentino*, Trento 1978, pp. 207-243.

PASTORI-BASSETTO I., *Crescita e declino in un'area di frontiera. Sete e mercanti ad Ala nel XVII e XVIII secolo*, Milano 1986.

Perini Carlo [nota biografica], in «Atti dell'Imperial Regia Accademia degli Agiati», serie III, VI, 1900, fasc. IV, pp. 317-321.

Pietro Cristofori, farmacista e naturalista, in «Bollettino dell'Associazione medica trentina», XLI, 1926, n. 5, pp. 213-214.

POPPI C., *Medicina popolare in Val di Fassa*, in «Mondo ladino», 1989, n. 3-4, pp 287-326.

PREVOST-RUSCA P.A., *L'Istituto per sordomuti in Trento e don*

Valeriano de Probizer, in «Studi trentini», LIV, 1975, fasc. 3, pp. 319-329.

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO, *Piano urbanistico provinciale*, Trento 1964.

REINALTER H.,' *Le riforme universitarie in Austria al tempo di Maria Teresa*, in A. DE MADDALENA-E. ROTELLI-G. BARBARISI (edd), *Economia, istituzioni, cultura in Lombardia nell'età di Maria Teresa*, Bologna 1982, III, pp. 829-844.

REINALTER H., *Massoni e giacobini a Innsbruck e a Trento*, in C. MOZZARELLI-G. OLMI (edd), *Il Trentino nel Settecento fra Sacro Romano Impero e antichi stati italiani*, Bologna 1985, pp. 607-618.

RENZETTI E.-TAIANI R., *Medicina culta e medicina tradizionale: figure professionali di operatori sanitari in una fonte trentina del XVIII secolo*, in C. MOZZARELLI-G. OLMI (edd), *Il Trentino nel Settecento tra Sacro Romano Impero e antichi stati italiani*, Bologna 1985, pp. 921-961.

RENZETTI E.-TAIANI R., *Sulla pelle del villano. Profili di terapeuti e metodi di cura empirica nella tradizione trentina*, San Michele all'Adige (TN) 1988.

RENZETTI E., *Ambiente, alimentazione e salute nelle valli Giudicarie all'inizio dell'Ottocento*, in C. PERIN-P. TRAVERSO (edd), *Ambiente, alimentazione e salute: atti del convegno, Rovereto 7-8-9 novembre 1991*, Rovereto 1993, pp. 211-222.

RIGHI R., *Cenni generali dell'ordinamento scolastico nel Trentino nel secolo XIX*, in «Civis», II, 1978, n. 6, pp. 162-168.

RILLE J.H., *Aus der Geschichte der Pellagra im Südtirol und in der Lombardei*, in «Gesnerus», 1948, n. 5, pp. 109-124.

ROGGER I., *I Principati ecclesiastici di Trento e Bressanone dalle origini alla secolarizzazione del 1236*, in G. MOR-H. SCHMIDINGER (edd), *I poteri temporali dei vescovi in Italia e Germania nel Medioevo*, Bologna 1979, pp. 177-223.

RUATA G., *I bagni di fieno*, in *Le vie d'Italia*, XXX, 1924, n. 4, pp. 381-385.

RUATTI A., *Fonti e stabilimenti di Rabbi dai primordi ad oggi. Guida alla cura idrominerale e climatica*, Trento 1931.

RUDEL O., *Beiträge zur Geschichte der Medizin in Tirol*, gesammelt für das Etschländer Ärzteblatt, Bolzano 1925.

SAN GIUSEPPE C., *L'architetto e il funzionario. Giuseppe Pietro Dal Bosco e il cimitero monumentale di Trento*, Tesi di laurea, Università degli studi di Padova, Facoltà di lettere e filosofia, a.a. 1985/1986.

SCHOBER R., *Il Trentino durante il periodo di unione al Tirolo 1815-1918*, in F. VALSECCHI-A. WANDRUSZKA (edd), *Austria e province italiane 1815-1918. Potere centrale e amministrazioni locali*, Bologna 1981, pp. 177-212.

SEBESTA G., *Il costume attraverso l'abbigliamento, l'arredamento, l'attività umana*, in G. BELLI (ed), *Ex voto. Tavolette votive nel Trentino: «religione, cultura e società»*, Trento 1981, pp. 125-142.

SEMBIANTI P., *Superstizione nella medicina popolare trentina*, in *Atti del III congresso nazionale di arti e tradizioni popolari, Trento, settembre 1934*, Roma 1936, pp. 268-277.

SORAPERRA DE GIULIO S., *Medicina popolare fassana (II)*, in «Mondo Ladino»; 1980, n. 3/4, pp. 237-242.

STEDILE R., *Ospedali e sanità a Rovereto nel XVIII secolo*, Calliano (TN) 1990.

STELLA A., *Politica ed economia nel territorio trentino-tirolese dal XIII al XVII secolo*, Padova 1958.

STELLA A., *Trento, Bressanone, Trieste: sette secoli di autonomia ai confini d'Italia*, Torino 1987.

STENICO R., *Peste e colera nel Trentino*, in «Studi trentini di scienze storiche», LIX, 1980, pp. 347-360.

TAIANI R., *Ambiente montano e conoscenze botaniche delle popolazioni rurali trentine nella testimonianza di Pier Andrea Mattioli*, in L. CHIAIS (ed), *I monti pallidi: viaggio tra storia e leggenda nell'area dolomitica*, Novara 1989, pp. 58-61.

TAIANI R., *Assistenza sanitaria, condizioni igieniche e personale medico a Besenello nella prima metà del XIX secolo*, in S. BERNARDI (ed), *Besenello: storia e società*, Trento 1990.

TONON R.G., *La mortalità infantile in una zona rurale del Trentino. Il Decanato di Rovereto (1843-1883-1903)*, in «Annali di San Michele», 1988, n. 1, pp. 155-170.

TONON R.G., *Dinamica naturale della popolazione nel Decanato di Rovereto dal 1826 al 1914*, Trento 1991.

TOVAZZI G., *Medicaeum tridentinum, id est, Syllabus medicorum civitatis ac Diocesis tridentinae intejectis etiam chirurgis omnis aevi ac meriti collectum*, Trento 1889.

TRENTINI N., *Chi egn ... vita rurale e tradizionale in Val di Fassa*, Vigo di Fassa (TN) 1986.

Trentino (Il) all'epoca delle occupazioni francesi, in «Archivio trentino», XIV, 1895, pp. 97-117.

TURRINI R., *L'assistenza ad Arco. L'ospitale, la pia casa di ricovero, la provvidenza, l'asilo d'infanzia*, Arco (TN) 1990.

VALENTI S., *Notizie medico-storiche trentine. La sanità pubblica nelle Giudicarie*, in «Bollettino medico», 1932, n. 2, pp. 43-47.

VALENTINI G., *Folklore e leggenda della Val di Fassa*, Bologna 1971.

Vita (Della) e delle opere di Giambattista Taddei, in «Bollettino dell'Associazione medica tridentina», XLII, 1927, n. 5, pp. 138-140.

WEBER S., *L'antica «Cà di Dio», detta anche la «Casa della Misericordia»*, in *Congresso Triveneto delle Conferenze di S. Vincenzo*, Trento 1937.

ZANINELLI S., *Un'agricoltura di montagna nell'Ottocento: il Trentino*, Trento 1978.

ZIEGER A., *I Franchi Muratori del Trentino*, Trento 1925.

ZIEGER A., *Storia del Trentino e dell'Alto Adige*, Trento 1926.

ZIEGER A., *Il dottor Lorenzo de Panizza*, in «Bollettino dell'Associazione medica tridentina», XLVI, 1931, n. 5, pp. 165-172.

ZIEGER A., *Il cholera morbus del 1836 nella Venezia Tridentina*, Trento 1937.

3. Letteratura secondaria generale

ABBRI F., *Spallanzani e la diffusione delle teorie chimiche di Lavoisier in Italia*, in G. MONTALENTI-P. ROSSI (edd), *Lazzaro Spallanzani e la biologia del Settecento. Teorie, esperimenti, istituzioni scientifiche*, Firenze 1982, pp. 121-135.

ABBRI F., *Le terre, l'acqua e le arie. La rivoluzione chimica del Settecento*, Bologna 1984.

ABBRI F., *«De utilitate chemiae». La rivoluzione chimica nel Piemonte dell'antico Regime*, in «Studi Storici», XXX, 1989, n. 2, pp. 401-433.

ABEL-SMITH B., *The hospitals 1800-1948: a study in social administration in England and Wales*, Cambridge 1964.

ACKERKNECHT E.H., *Anticontagionism between 1821 and 1867*, in «Bulletin of the history of medicine», 1948, n. 22, pp. 562-593.

ACKERKNECHT E.H., *Hygiene in France, 1815-1848*, in «Bulletin of the history of the medicine», XXII, 1948, pp. 117-155.

ACKERKNECHT E.H., *Five made it-one not: the rise of medical craftsmen to academic status during the 19th century*, in «Clio medica», XII, 1977, n. 4, pp. 255-267.

ACKERKNECHT E.H., *La médecine hospitalière à Paris (1794-1848)*, Paris 1986.

ALBIÑANA S., *Las cátedras de medicina en la Valencia de la ilustración*, in «Estudis. Revista de historia moderna», 1988, n. 14, pp. 171-210.

ALBINI G., *A proposito di studi recenti di storia della salute nel medioevo e nell'età moderna*, in «Nuova rivista storica», LXIV, 1980, fasc. I-II, pp. 143-164.

ALBURY W.R., *Heart of darkness: J.N. Corvisart and the medicalization of life*, in *Historical reflexions/Reflexions historiques*, 1982, n. 9, pp. 17-33.

ALLEGRA L., *Il parroco: un mediatore fra alta e bassa cultura*, in C. VIVANTI (ed), *Intellettuali e potere* (Storia d'Italia. Annali 4), Torino 1981, pp. 895-947.

ANNONI A., *Assistenza e beneficenza nell'età delle riforme*, in

A. DE MADDALENA-E. ROTELLI-G. BARBARISI (edd), *Economia, istituzioni, cultura in Lombardia nell'età di Maria Teresa*, Bologna 1982,. III, pp. 897-990.

ANTONIELLI L., *I prefetti dell'Italia napoleonica*, Bologna 1983.

ARIÈS P., *Essais sur l'histoire de la mort en Occident: du Moyen Âge à nos jours*, Paris 1975; trad. it. Milano 1978.

ARIÈS P., *L'homme devant la mort*, Paris 1977; trad. it. Roma-Bari 1980.

ARLOING S., *Le berceau de l'enseignement vétérinaire. Création et évolution de l'école nationale vétérinaire de Lyon (1761-1889)*, Lyon 1889.

ARTELT W. (ed), *Städte-, Wohnungs- und Kleidungshygiene des 19. Jahrhunderts in Deutschland*, Stuttgart 1969.

Assistance et assistés de 1610 à nos jours: actes du 97e congrès national des sociétés savantes, Nantes 1972, Paris 1977.

Atti del congresso internazionale sulla ceroplastica nella scienza e nell'arte, 3-7 giugno 1975, Firenze 1977.

Atti del primo congresso italiano di storia ospitaliera, Reggio Emilia, 14-17 giugno 1956, Reggio Emilia 1957.

Atti del primo congresso europeo di storia ospitaliera, 6-12 giugno 1960, Reggio Emilia 1962.

BARBÉ C., *Les almanachs du XIXe siècle*, in «Ethnologie française», XV, 1985, n. 1, 79-90.

BARDET J.P.-BOURDELAIS P.-GUILLAUME P.-LEBRUN F.-QUETEL C., *Peurs et terreurs face à la contagion: choléra, tuberculose, syphilis, XIXe-XXe siècles*, Paris 1988.

BARTHEL C., *Medizinische Polizey und medizinische Aufklärung: Aspekte des öffentlichen Gesundheitsdiskurses im 18. Jahrhundert*, Frankfurt am Main-New York 1989.

BARTOLI P., *Farmaci e sacramenti. Organizzazione sanitaria e parroci di campagna nella seconda metà dell'Ottocento*, in «Sanità, scienza e storia», I, 1985, n. 2, pp. 121-139.

BASINI G.L., *L'uomo e il pane. Risorse, consumi e carenze alimentari della popolazione modenese nel cinque e seicento*, Milano 1970.

BAUMGARTNER L.-MAPELSDEN RAMSEY E., *Johann Peter Frank*

and his «System einer vollständingen Medicinischen Polizey», in «Annales of medical history», 1933, n. 5, pp. 525-547 e n. 6, pp. 69-90.

BELLONE E., *Caos e armonia. Storia della fisica moderna e contemporanea*, Torino 1990.

BELLONI L., *La scuola ostetrica milanese dal Moscati al Porro. Cenni storici per il VI congresso della società di ostetricia e ginecologia del Mediterraneo latino. Milano, 2-4 maggio 1960*, Milano 1960.

BELLONI L., *Lo strumentario chirurgico di G.A. Brambilla*, Firenze 1971.

BELLONI L., *Luigi Sacco e la diffusione del vaccino in Italia*, in «Annales cisalpines d'histoire sociale», 1973, n. 4, pp. 39-48.

BELLONI L., *Evoluzione e stato attuale della storia della medicina in Italia*, in CENTRO ITALIANO DI STORIA OSPITALIERA (ed), *Storia della sanità in Italia. Metodo e indicazioni di ricerca*, Roma 1978, pp. 19-24.

BELLONI L., *L'insegnamento delle scienze sperimentali a Milano*, in A. DE MADDALENA-C. ROTELLI-G. BARBARISI (edd), *Economia, istituzioni, cultura in Lombardia nell'età di Maria Teresa, II: Cultura e società*, Bologna 1982, pp. 441-449.

BENEDICENTI A., *Malati-medici-farmacisti. Storia dei rimedi traverso i secoli e delle teorie che ne spiegano l'azione sull'organismo*, Milano 1947.

BERCÉ Y.M., *Le clergé et la diffusion de la vaccination*, in «Revue d'histoire de l'église de France», LXIX, 1983, pp. 87-106.

BERCÉ Y.M., *Le chaudron et la lancette. Croyances populaires et médecine préventive 1798-1830*, Paris 1984.

BERCÉ Y.M., *L'introduction de la vaccination antivariolique en Toscane, 1801-1815*, in I. TOGNARINI (ed), *La Toscana nell'età rivoluzionaria e napoleonica*, Napoli 1985, pp. 595-611.

BERLINGUER G., *La storia è utile alla medicina?*, in «Federazione medica», XLI, 1988, n. 3, pp. 221-226.

BERNARD P.P., *The limits of Absolutismus: Joseph II and the*

Allgemeines Krankenhaus, in «Eighteenth-century studies», IX, 1975/76, n. 2, pp. 193-215.

BERNARDI U., *Gli studi sul costume e le tradizioni popolari nell'Ottocento*, in *Storia della cultura veneta, 6: Dall'età napoleonica alla prima guerra mondiale*, Vicenza 1986, pp. 311-341.

BERTOLASO B., *Ricerche d'archivio su alcuni aspetti dell'insegnamento medico presso l'Università di Padova nel Sette ed Ottocento*, in «Acta medica historiae patavina», V, 1958-59, pp. 1-30.

BETRI M.L., *La questione sanitaria a Cremona: problemi e provvedimenti, 1830-1880*, in «Storia urbana», I, 1977, n. 3, pp. 71-89.

BETRI M.L., *Le malattie dei poveri. Ambiente urbano, morbilità, strutture sanitarie a Cremona nella prima metà dell'Ottocento*, Milano 1981.

BETRI M.L., *Il medico e il paziente: i mutamenti di un rapporto e le premesse di un ascesa professionale (1815-1859)*, in F. DELLA PERUTA (ed), *Malattia e medicina* (Storia d'Italia. Annali 7), Torino 1984, pp. 209-236.

BETRI M.L.-BRESSAN E. (edd), *Gli ospedali in area padana fra Settecento e Novecento: atti del III congresso italiano di storia ospedaliera, Montecchio Emilia, 14-16 marzo 1990*, Milano 1992.

BETRI M.L.- GIGLI MARCHETTI A. (edd), *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'Unità al fascismo*, Milano 1982.

BETRI M.L.-PASTORE A. (edd), *L'arte di guarire: aspetti della professione medica tra medioevo ed età contemporanea*, Bologna 1993.

BIRABEN J.N., *Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et mediterranéens*, Paris 1975-76.

BLASIUS D., *Geschichte und Krankheit. Sozialgeschichtliche Perspektiven der Medizingeschichte*, in «Geschichte und Gesellschaft. Zeitschrift für historische Sozialwissenschaft», 1976, n. 2, pp. 386-415.

BOCCADORO S.-ZANDRI A., *L'opera riformatrice di Pietro Leopoldo nell'ordinamento giuridico dell'ospedale S. Maria Nuova di Firenze*, in Z. CIUFFOLETTI-L. ROMBAI (edd), *La Toscana*

dei Lorena. Riforme, territorio, società. Atti del convegno di studi (Grosseto, 27-19 novembre 1987), Firenze 1989, pp. 279-310.

BOHM W., *Die philosophischen Grundlagen der Chemie des 18. Jahrhunderts*, in «Archives internationales d'histoire des sciences», LXVI, 1964, pp. 3-32.

BOLLÈME G., *Les almanachs populaires aux XVII et XVIIIe siècles: essai d'histoire sociale*, Paris 1969.

BOLLÈME G., *La bibliothèque bleue: la littérature populaire en France du XVIIe au XIXe siècle*, Paris 1971.

BOLLÈME G., *La Bible bleu. Anthologie d'une littérature populaire*, Paris 1975.

BOLLÈME G., *Littérature populaire et littérature de colportage*, in *Livre et société dans le France du XVIIIe siècle*, Paris 1975.

BORGHERO C. (ed), *La polemica sul lusso nel Settecento francese*, Torino 1974.

BORSA S.-MICHEL C.R., *Gli ospedali in Francia nel XIX secolo*, Milano 1987.

BOULÉE E., *La médicalisation des hôpitaux parisiens dans la première moitié du XIXe siècle*, in «Historical Reflexions/ Réflexions historiques», 1982, nn. 1-2, pp. 33-45.

BOURDELAIS P.-RAULOT J.-Y., *Une peur bleue: histoire du choléra en France. 1832-1854*, Paris 1987.

BOURGUET M.N., *Dal diverso all'uniforme: le pratiche descrittive nella statistica dipartimentale napoleonica*, in «Quaderni storici», XIX, 1984, n. 55, pp. 193-230.

BOUSSEL P., *History of pharmacy and pharmaceutical industry*, Paris-Lausanne 1983.

BOUTEILLER M., *Médecine populaire d'hier et d'aujourd'hui*, Paris 1966.

BRAMBILLA E., *Il «sistema letterario» di Milano; professioni nobili e professioni borghesi dall'età spagnola alle riforme teresiane*, in A. DE MADDALENA-E. ROTELLI-G. BARBARISI (edd), *Economia, istituzioni, cultura in Lombardia nell'età di Maria Teresa*, Bologna 1982, III, pp. 79-160.

BRAMBILLA E., *La medicina del Settecento: dal monopolio dogmatico alla professione scientifica*, in F. DELLA PERUTA (ed), *Malattia e medicina* (Storia d'Italia. Annali 7), Torino 1984, pp. 3-147.

BRAND J.L., *Doctors and the state: the british medical profession and governments action in public health: 1870-1912*, Baltimore 1965.

BRAU J., *L'ordre de la santé. Pour une histoire sociale des professions médicales en Toscane (1765-1815)*, Tesi di dottorato, Istituto Universitario Europeo, Fiesole (FI), 1990.

BRECHKA F.T., *Gerald van Swieten and his world: 1700-1772*, The Hague 1970.

BRESSOU C., *Histoire de la médecine vétérinaire*, Paris 1970.

BREYER H., *Johann Peter Frank*, Leipzig 1983.

BRIGGS A., *Cholera and society in the Nineteenth century*, in «Past & Present», 1961, n. 19, pp. 76-96.

BROCHON P., *Le livre de colportage en France depuis le XVIe siècle*, Paris 1954.

BROCKINGTON C.F., *Public health in the nineteenth century*, Edinburgh-London 1965.

BRONZINI G.B., *Antropologia e medicina popolare. Note sugli studi dei positivisti italiani*, in «La ricerca folklorica», 1983, n. 8, pp. 13-16.

BRÜGELMANN J., *Observations on the process of medicalization in Germany, 1790-1830, based on medical topographies*, in Y.-P. GOUBERT (ed), *La médicalisation de la société française: 1770-1830*, in «Historical Reflexions/Réflexions historiques», IX, 1982, nn. 1-2, pp. 131-150.

BUNDSMANN A., *Die Entwicklung der politischen Verwaltung in Tirol und Vorarlberg seit Maria Theresia bis 1918*, Dornbirn 1961.

BURNBY J.G.L., *A study of the English apothecary from 1660 to 1760*, London 1983.

BYNUM W.F.-PORTER, R. (edd), *Medical fringe & medical orthodoxy: 1750-1850*, London 1987.

CAFFARATTO M.T., *L'ostetricia, la ginecologia e la chirurgia in Piemonte dalle origini ai giorni nostri*, Saluzzo (TO) 1973.

CAFFARATTO M.T., *Storia della legislazione sanitaria ed igienica in Piemonte da Amedeo VIII all'Unità d'Italia*, Torino 1977.

CAMPORESI P., *Il pane selvaggio*, Bologna 1980.

CAMPORESI P. (ed), *Cultura popolare dell'Emilia Romagna. Medicina erbe e magia*, Milano 1981.

CAMPORESI P., *Il sugo della vita. Simbolismo e magia del sangue*, Milano 1984.

CAMPORESI P., *La miniera del mondo. Artieri inventori impostori*, Milano 1990.

CANALIS A.-SEPULCRI P., *L'organizzazione sanitaria in Venezia e provincia durante la dominazione austriaca*, Roma 1958 [estratto da «Annali della sanità pubblica», XIX, 1958, fasc. 4].

CAPLAN A.L.-ENGELHARDT H.T.-MCCARTNEY J.J. (edd), *Concepts of health and disease: interdisciplinary perspectives*, London-Amsterdam-Sydney-Tokyo 1981.

CAPP B., *Astrology and the popular press: English almanacs, 1500-1800*, New York 1979.

CARACCIOLO A. (ed), *Dalla città preindustriale alla città del capitalismo*, Bologna 1975.

CARLI-TIRELLI M., *Gestione ed organizzazione degli istituti sanitari nella Toscana napoleonica. Lo spedale imperiale di S. Maria Maddalena di Volterra*, in «Rivista italiana di studi napoleonici», XVI, 1979, n. 2, pp. 23-76.

CARPANETTO S., *Storia della medicina e storia sociale. Note su una recente discussione in Francia*, in «Rivista storica italiana», LXXXVI, 1974, pp. 123-135.

CARTER K.C., *On the decline of bloodletting in nineteenth century medicine*, in «Journal of psychoanalytic anthropology», V, 1982, n. 3, pp. 219-234.

CARTWRIGHT F.F., *Deasese and history*, New York 1972.

CARTWRIGHT F.F., *A social history of medicine*, London 1977.

CASTIGLIONI A., *Storia della medicina*, Milano 1948.

Catalogo dei libri italiani dell'Ottocento, Milano 1992.

CECCARELLI U., *L'opera del medico «modenese» Luigi Castellani. «Della insussistenza del contagio tisico», Mantova 1777,*

e le continue polemiche su tale questione, in *Atti del XXIII congresso nazionale di storia della medicina: Modena 22-24 settembre 1967*, Roma 1968.

CELLI A., *Storia della malaria nell'agro romano*, Città di Castello (PG) 1925.

Centralismo e autonomie nell'arco alpino durante il periodo napoleonico. Atti del convegno storico di Feldkirch, 26-27 marzo 1981, Bregenz 1983.

CHAPLIN A., *Medicine in England during the reign of George III*, New York 1977.

CHARTIER R., *Histoire de l'édition française*, II: *Le livre triomphant (1660-1830)*, Paris 1982.

CHARTIER R., *Lectures et lecteurs dans la France d'Ancien Régime*, Paris 1987; trad. it. Torino 1988.

CHAUSSINAND-NOGARET G., *Nobles médecins de cour au XVIIIe siècle*, in «Annales. Economie Société Civilisation», XXXII, 1977, pp. 851-857.

CHIODI V., *Storia della veterinaria*, Bologna 1981.

CIPOLLA C.M., *Origine e sviluppo degli uffici di sanità in Italia*, in «Annales cisalpines d'histoire sociale», I, 1973, n. 4, pp. 83-101.

CIPOLLA C.M., *Public health and the medical profession in the Renaissance*, Cambridge 1976.

CIPOLLA C.M., *Contro un nemico invisibile. Epidemie e strutture sanitarie nell'Italia del Rinascimento*, Bologna 1986.

CIPOLLA C.M., *Miasmi ed umori. Ecologia e condizioni sanitarie in Toscana nel Seicento*, Bologna 1988.

CISO (Centro italiano di storia ospitaliera)(ed), *Storia della sanità in Italia. Metodo e indicazioni di ricerca*, Roma 1978.

CLARKE E. (ed), *Modern methods in the history of medicine*, London 1971.

COLEMAN J.S.-KATZ E.-MENZEL H., *Medical innovation. A diffusion study*, Indianapolis 1966.

COLEMAN W., *Hea th and hygiene in the Encyclopédie. A medical doctrine for he bourgeoisie*, in «Journal of the history of medicine», 19 4, n. 29, pp. 399-421.

COLIN J.-SONENSCHER M., *The social functions of the hospital in eighteenth-century France: the case of the Hôtel-Dieu of Nîmes*, in «French Historical Studies», XIII, 1983, pp. 172-214.

COLOMBERO C., *Medicina filosofica e tradizione ippocratica nel secolo XVIII*, in «Intersezioni. Rivista di storia delle idee», VIII, 1988, pp. 65-86.

COPPOLA G., *La pellagra in Lombardia dal Settecento alla prima metà dell'Ottocento*, in *Le campagne lombarde tra Sette ed Ottocento*, Milano 1976, pp. 141-178.

COPPOLA G., *Il mais nell'economia agricola lombarda (dal secolo XVII all'unità)*, Bologna 1979.

COPPOLA G., *La montagna alpina. Vocazioni originarie e trasformazioni funzionali*, in A. BEVILACQUA (ed), *Storia dell'agricoltura italiana in età contemporanea*, I: *Spazi e paesaggi*, Venezia 1990, pp. 495-530.

COPPOLA G., *Equilibri economici e trasformazioni nell'area alpina in età moderna: scarsità di risorse ed economia integrata*, in G. COPPOLA-P. SCHIERA (edd), *Lo spazio alpino: area di civiltà, regione cerniera*, Napoli 1991, pp. 203-222.

CORBIN A., *Le miasme et la jonquille. L'odorat et l'imaginaire social 18e-19e siècles*, Paris 1982; trad. it. Milano 1983.

Corps (Le) et la santé. Actes du 110e congrès national des sociétés savantes, Montpellier, 1985, Paris 1985.

CORRADI A., *Le prime farmacopee italiane ed in particolare dei ricettari fiorentini. Memorie*, Milano 1887.

CORRADI A., *Annali delle epidemie occorse in Italia dalle prime memorie fino al 1850 compilati con varie note e dichiarazioni*, Bologna 1865-1892; rist. anast., Sala Bolognese (BO) 1972-73.

CORSI P.-WEINDLING P., *Information sources in the history of science and medicine*, London 1983; trad. it. Roma-Napoli 1990.

COSMACINI G., *Scienza medica e giacobinismo in Italia. L'impresa politico-culturale di Giovanni Rasori: 1796-1799*, Milano 1982.

COSMACINI G., *Teorie e prassi mediche tra Rivoluzione e Re-*

staurazione: dall'ideologia giacobina all'ideologia del primato, in F. DELLA PERUTA (ed), *Malattia e medicina* (Storia d'Italia. Annali 7), Torino 1984, pp. 151-205.

COSMACINI G., *Storia della medicina e storia della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale: 1348-1918*, Roma-Bari, 1987.

COTURRI E., *Le scuole ospedaliere di chirurgia del granducato di Toscana (secc. XVII-XIX)*, Torino 1958.

COURY C., *L'école médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris au XIXe siècle*, in «Clio Medica», II, 1967, pp. 307-327.

COURY C., *Les débuts de la percussion thoracique: de son inventeur autrichien à son promoteur français*, in E. LESKY (ed), *Wien und die Weltmedizin*, Wien-Köln-Graz 1974, pp. 64-73.

COWEN D.L., *The Edinburgh pharmacopoeia*, in «Medical history», I, 1957, pp. 123-139 e pp. 340-351.

CRESTI C., *Montecatini 1771-1940: nascita e sviluppo di una città termale*, Milano 1984.

CROSLAND M., *The development of chemistry in eighteenth century*, in «Studies in Voltaire and the eighteenth century», XXIV, 1963, pp. 369-441.

CROSLAND M., *Chemistry and the chemical Revolution*, in *The ferment of knowledge*, edited by G.S. Rousseau e R. Porter, Cambridge 1980, pp. 389-416.

CROWTHER M.A.-WHITE B.M., *Medicine, property, and the law in Britain: 1800-1914*, in «The historical journal», XXXI, 1988, pp. 853-870.

CUAZ M., *Almanacchi e cultura media nell'Italia del Settecento*, in «Studi storici», XXV, 1984, pp. 353-361.

CUNNINGHAM A.-FRENCH R. (edd), *The medical enlightenment of the eighteenth century*, Cambridge 1990.

DAL MOLIN G.M., *Per una storia sociale della sanità nella montagna bellunese*, in L. BILLANOVICH (ed), *Studi in onore di Angelo Gambasin. Dagli allievi in memoria*, Vicenza 1992, pp. 367-404.

DARDANO G., *Epidemie, contesto urbano ed interventi di risanamento a Genova, 1830-1880*, in «Storia urbana», I, 1977, n. 3, pp. 33-69.

DARMON P., *L'odyssée pionnière des premiers vaccinateurs français au XIXe siècle*, in «Histoire, économie et société», I, 1982, pp. 105-144.

DARMON P., *Vaccine et vaccination avant Jenner: une querelle d'anteriorité*, in «Histoire, économie et société», III, 1984, n. 4, pp. 583-592.

DARMON P., *La longue traque de la variole. Les pioniers de la médecine préventive*, Paris 1986.

DAUMAS M., *Les instruments scientifiques aux XVIIe et XVIIIe siècles*, Paris 1953.

DE BERNARDI A.-DE PERI F.-PANZERI L., *Tempo e catene. Manicomio, psichiatria e classi subalterne. Il caso milanese*, Milano 1980.

DE BERNARDI A. (ed), *Follia psichiatria e società. Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia moderna e contemporanea*, Milano 1982.

DE BERNARDI A., *Il mal della rosa: denutrizione e pellagra nelle campagne italiane tra '800 e '900*, Milano 1984.

DELAPORTE F., *Disease and civilization: the cholera in Paris, 1832*, Cambridge 1986.

DELAVEAU P., *Histoire et renouveau des plantes médicinales*, Paris 1982.

DELLA PERUTA F., *Sanità pubblica e legislazione sanitaria dall'Unità a Crispi*, in «Studi storici», XXI, 1980, pp. 713-759.

DELLA PERUTA F. (ed), *Malattia e medicina* (Storia d'Italia. Annali 7), Torino 1984.

DEL PANTA L., *Le epidemie nella storia demografica italiana (secoli XVI-XIX)*, Torino 1980.

DEL PANTA L., *Evoluzione demografica e popolamento nell'Italia dell'Ottocento: (1796-1914)*, Bologna 1984.

DE PERI F., *Il medico e il folle*, in F. DELLA PERUTA (ed), *Malattia e medicina* (Storia d'Italia. Annali 7), Torino 1984.

DESAIVE J.P.-PETER J.P.-MEYER J.-GOUBERT J.P., *Médecins, climat et épidémies à la fin du XVIIIème siècle*, Paris-La Haye 1972.

DE SOMMAIN G., *La storia della facoltà di medicina veterinaria*

di Torino, in «Annali della facoltà di medicina veterinaria di Torino», XVIII, 1969.

DIANI M., *Antinomia ed ambiguità del controllo sociale: la medicalizzazione dello spazio urbano nel XIX secolo*, in «Storia urbana», 1980, n. 13, pp. 77-88.

DINET-LECOMTE M.-C., *Recherche sur la clientèle hospitaliere aux XVIIe et XVIII siècles: l'exemple de Blois*, in «Revue d'histoire moderne et contemporaine», XXXIII, 1986, pp. 345-373

DI SIMONE M.R., *Legislazione e riforme nel Trentino del Settecento. Francesco Vigilio Barbacovi tra assolutismo e illuminismo*, Bologna 1992.

DONATI E., *Crisi di sussistenza, epidemia e strutture di controllo nella Toscana della Restaurazione*, in «Ricerche storiche», XVIII, 1988, pp. 51-77.

DORWART R.A., *Medical education in Prussia under the early Hohenzollern, 1685-1725*, in «Bulletin of the history of medicine», 1958, n. 32, pp. 335-347.

DORWART R.A., *The Royal college of medicine and public health in Brandenburg-Prussia, 1685-1740*, in «Medical history», II, 1958, pp. 13-23.

DORWART R.A., *The Prussian Welfare State before 1740*, Cambridge-Harvard 1971.

DOUSSET J.C., *Histoire des médicaments des origines à nos jours*, Paris 1985.

DRESSENDOERFER W. (ed), *Pharmazie und Geschichte: Festschrift für Gunter Kallinich zum 65. Geburstag*, München 1978.

DURAND DE BOUSINGEN D., *La seconde école médicale viennoise et l'espace sanitaire danubien*, in «Etudes danubiennes», I, 1985, n. 1, pp. 61-70.

DUREY M., *The return of the plague. British society and the cholera 1831-2*, Dublin 1979.

EHRARD J., *La peste et l'idée de contagion au XVIII siècle*, in «Annales. Economie Société Civilisation», 1957, n. 12, pp. 46-59.

EMCH-DÉRIAZ A., *Towards a social conception of health in the second half of the Eighteenth century: Tissot (1728-1797)*

and the new preoccupation with health and well-being, Ph. D. thesis, University of Rochester, 1984.

EMCH-DÉRIAZ A., *Tissot physician of the Enlightenment*, New York-San Francisco-Bern-Frankfurt am Main-Berlin-Wien-Paris 1992.

Erba (L') delle donne: maghe, streghe, guaritrici. La riscoperta di un'altra medicina, Roma 1979.

EVANS R.J., *Epidemics and revolutions: cholera in nineteenth-century Europe*, in «Past & Present», 1988, n. 120, pp. 123-146.

EVANS R.J., *Death in Hamburg: society and politics in the cholera years: 1830-1910*, Oxford 1987.

FACCINI L., *Storia sociale e storia della medicina*, in «Studi storici», XVII, 1976, pp. 257-260.

FADDA B., *L'innesto del vaiolo: un dibattito scientifico e culturale nell'Italia del Settecento*, Milano 1983.

FAINELLI V., *Storia degli ospedali di Verona dai tempi di S. Zeno ai giorni nostri*, Verona 1962.

FARRELL G., *The story of blindness*, Cambridge 1956.

FAURE O., *Genèse de l'hôpital moderne. Les hospices civils de Lyon de 1802 à 1845*, Lyon 1982.

FAVARO A., *Saggio di bibliografia dello studio di Padova (1500-1920)*, Venezia 1922.

FEYEL G., *Médecins, empiriques et charlatans dans la presse provinciale à la fin du XVIIIe siècle*, in *Le corps et la santé. Actes du 110e congrès national des sociétés savantes, Montpellier, 1985*, Paris 1985, t. I, pp. 79-100.

FILIPPINI N.M., *«Con le mani disarmate»: la vicenda di una levatrice-chirurgo veneziana (1800-1802)*, in «Sanità scienza storia», 1984, n. 2, pp. 156-172.

FILIPPINI N.M., *Levatrici e ostetricanti a Venezia tra Sette e Ottocento*, in «Quaderni storici», XX, 1985, n. 58, pp. 149-180.

FINER S.E., *The life and times of Edwin Chadwick*, London 1952.

FINZI R., *Un problema di storia sociale: l'alimentazione*, Bologna 1976.

FISCHER A., *Medizinische Topographien, ihre Geschichte und ihre Bedeutung für die soziale Hygiene*, in «Sozialhygienische Mitteilungen», 1924, n. 8, pp. 17-25.

FISCHER A., *Geschichte des deutschen Gesundheitswesens*, Berlin 1933.

FLEXNER A., *Medical education in Europe. A report to the Carnagie Foundation*, New York 1912.

FLORKIN M., *Le bureau de salubrité de Liège (1805-1806)*, in «Revue médicale de Liège», 1954, n. 9, pp. 679-690.

FORBES T.R., *The regulation of English midwives in the eighteenth and nineteenth century*, in «Medical history», XV, 1971, n. 4, pp. 352-362.

FORTI MESSINA A.L., *Società ed epidemia: il colera a Napoli nel 1836*, Milano 1979.

FORTI MESSINA A.L. (a), *L'Italia dell'Ottocento di fronte al colera*, in F. DELLA PERUTA (ed), *Malattia e medicina* (Storia d'Italia. Annali 7), Torino 1984, pp. 429-494.

FORTI MESSINA A.L. (b), *I medici condotti e la professione del medico nell'Ottocento*, in «Società e storia», VII, 1984, n. 23, pp. 101-161.

FORTI MESSINA A.L., *Studenti e laureati in medicina a Pavia nell'Ottocento preunitario*, in «Mélanges de l'école française de Rome», XCVII, 1985, n. 1, pp. 489-530.

FOUCAULT M., *Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical*, Paris 1963; trad. it. Torino 1969.

FOUCAULT M., *Histoire de la folie à l'age classique*, Paris 1964; trad. it. Torino 1969.

FOUCAULT M. (ed), *Les machines à guérir (aux origines de l'hôpital moderne)*, Paris 1976.

FRASCANI P., *Il medico nell'Ottocento*, in «Studi storici», XXIII, 1982, pp. 617-637.

FRASCANI P., *Ospedali, malati e medici dal Risorgimento all'età giolittiana*, in F. DELLA PERUTA (ed), *Malattia e medicina* (Storia d'Italia. Annali 7), Torino 1984, pp. 297-331.

FRASCANI P., *Ospedale e società in età liberale*, Bologna 1986.

FRAZER W.M., *The history of English public health, 1834-1939*, London 1950.

FREIDSON E. (ed), *The hospitals in modern society*, New York 1963.

FREVERT U., *Krankheit als politisches Problem: 1770-1880. Soziale Unterschichten in Preussen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung*, Gottingen 1984.

GALEAZZI O. (ed), *Medicina e storia: atti del XXXI congresso nazionale di storia della medicina*, Ancona 1986.

GALLINI C., *La sonnambula meravigliosa. Magnetismo e ipnotismo nell'Ottocento italiano*, Milano 1983.

GALZIGNA M.-TERZIAN H. (edd), *L'archivio della follia: il manicomio di San Servolo e la nascita di una fondazione. Antologia di testi e documenti*, Venezia 1980.

GARCIA-TALAVERA FERNANDEZ J.R., *Historia del cuerpo de medicos de Baños. Siglo XIX*, in «Cuadernos de historia de la medicina española», X, 1971, pp. 213-281.

GAZINGER K., *Die Entwicklung der Arzneimittelprüfung im Spiegel der Österreichischen Pharmakopöen von 1812 bis 1836*, in «Veröffentlichungen der Internationalen Gesellschaft für Geschichte der Pharmazie», NF, 18, 1961, pp. 45-58.

GAZINGER K., *Die Österreichische Provinzial-Pharmakopöe (1774-1794) und ihre Bearbeiter*, in «Zur Geschichte der Pharmazie», 1962, n. 14, pp. 17-24.

GAZINGER K., *Das Österreichische Sanitäsnormativ von 1770 und die Pharmazie*, in «Veröffentlichungen der Internationalen Gesellschaft für Geschichte der Pharmazie», NF, 40, 1973, pp. 53-69.

GAZINGER K., *Die Übernahme von Lavoisiers neuer chemischer Nomenklatur in das Österreichische Arzneibuch von 1794*, in «Sudhoffs Archiv für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften», 58, 1974, pp. 303-311.

GELFAND T. (a), *Deux cultures, une profession: les chirurgiens français au XVIIIe siècle*, in «Revue d'histoire moderne et contemporaine», XXVII, 1980, pp. 468-484.

GELFAND T. (b), *Professionalizing modern medicine: Paris surgeons and medical science and institutions in the eighteenth century*, Westport 1980.

GELFAND T., *A «monarchical profession» in the Old Regime:*

surgeons, ordinary practitioners and medical professionalizations in eighteenth century France, in G.L. GEISON (ed), *Professions and the French State, 1700-1900*, Philadelphia 1984, pp. 149-179.

GELIS J., *L'arbre et le fruit. La naissance dans l'occident moderne (XVIe-XIXe siècle)*, Paris 1984.

GELIS J., *La sage-femme ou le médecin: une nouvelle conception de la vie*, Paris 1988.

GERBORD P., *Les «fièvres» thermales en France au XIXe siècle*, in «Revue historique», 1987, n. 562, pp. 309-334.

GERTEIS K., *Physiokratismus und aufgeklärte Reformpolitik*, in «Aufklärung», 1987, H. 1, pp. 75-94.

Geschichte und Ergebnisse der zentralen amtlichen Statistik in Österreich: 1829-1979. Festschrift aus Anlass des 150jährigen Bestehens der zentralen amtlichen Statistik in Österreich. Bearb. im Österreichischen Statistischen Zentralamt, Wien 1979.

GILIBERT A.N., *Doctor patient and onanist diseases in the nineteenth century*, in «Journal of the history of medicine and allied sciences», XXX, 1975, pp. 217-234.

GILIBERT E., *Anarchie médicinale ou la médecine considerée comme nuisable à la société*, Paris 1777.

GILLISPIE C.C., *Science and polity in France at the end of the old regime*, Princeton 1980; trad. it. Bologna 1983.

GIORMANI V., *L'approvazione a farmacista dagli ultimi anni della Repubblica veneta fino a Napoleone*, in «Atti e memorie della Accademia italiana di storia della farmacia», III, 1986, n. 3, pp. 205-214.

GIOLI G. (ed), *Le teorie della popolazione prima di Malthus*, Milano 1987.

Giovanni Alessandro Brambilla nella cultura medica del Settecento europeo, Milano 1980.

GOERKE H.-MÜLLER-DIETZ H. (edd), *Verhandlungen des XX. Internationalen Kongresses für Geschichte der Medizin. Berlin, 22.-27. August 1966*, Hildesheim 1968.

GÖCKENJAN G., *Medizin und Ärzte als Faktor der Disziplinierung der Unterschichten: der Kassenärzt*, in C. SACHSSE-F.

TENNSTEDT (edd), *Soziale Sicherheit und soziale Disziplinierung. Beiträge zu einer historischen Theorie der Sozialpolitik*, Frankfurt am Main 1986, pp. 286-303.

GOLDSTEIN J., *«Moral contagion»: a professional ideology of medicine and psychiatry in eighteenth and nineteenth century France*, in *Professions and the French state, 1700-1900*, Phyladelphia 1984, pp. 182-222.

GONNARD R., *Histoire des doctrines de la population*, Paris 1923.

GOUBÉ J., *L'organisation de la vaccination anti-variolique et ses résultats en Seine-Inferieur de 1804 a 1911*, in *Les corps et la santé. Actes du 110e congrès national des sociétés savantes, Montpellier 1985*, Paris 1985, pp. 67-77.

GOUBERT J.-P. (a), *L'art de guérir. Médecine savante et médecine populaire dans la France de 1790*, in «Annales. Economie Société Civilisation», XXX, 1977, pp. 908-926.

GOUBERT J.-P. (b), *The extent of medical practice in France around 1780*, in «Journal of social history», X, 1977, n. 4, pp. 410-427.

GOUBERT J.-P., *Réseau médical et médicalisation en France à la fin du XVIIIe siécle*, in «Annales de Bretagne», LXXXVI, 1979, pp. 221-229.

GOUBERT J.-P. (ed), *La médicalisation de la société française: 1770-1830*, in «Historical Reflexions/Réflexions historiques», IX, 1982, nn. 1-2.

GOUBERT J.-P., *Equipement hydraulique et pratiques sanitaires dans la France du XIXe siècle*, in «Etudes rurales», 1984, n. 93/94, pp. 123-142.

GOUBERT J.-P.-LORILLOT D., *1789, le corps médical et le changement. Les cahiers de doléances des médecins, chirurgiens et apothicaires*, Toulouse 1984.

GOUBERT J.-P., *La conquête de l'eau. L'avènement de la santé à l'âge industriel*, Paris 1986.

GOUBERT J.-P., *L'eau, la crise et le remède dans l'ancien et le nouveau monde (1840-1900)*, in «Annales. Economie Société Civilisation», XLIV, 1989, pp. 1075-1089.

GRABNER E., *Heilpraktiken der Hirten. Magische und empirische Heilverfahren in der ostalpinen Tiermedizin*, in *Alpes*

Orientales. Acta sexti conventus de ethnographia Alpium Orientalium tractantis, München 1972, pp. 105-114.

GRANJEL L.S., *La medicina española del siglo XVIII*, Salamanca 1979.

GRAY E.A., *John Hunter and veterinary medicine*, in «Medical history», I, 1957, n. 1, pp. 38-50.

GREENBAUM L.S., *Science, medicine, religion: three views of health-care in France on the eve of the French Revolution*, in «Studies in 18th century culture», X, 1981, pp. 373-391.

GRMEK M.D., *Géographie médicale et histoire des civilisations*, in «Annales. Economie Société Civilisation», XVIII, 1963, pp. 1071-1097.

GRMEK M.D., *Pour une étude historique des maladies*, in «Annales. Economie Société Civilisation», XXIV, 1969, pp. 1473-1483.

GROTTANELLI E., *Un problema di igiene urbana: i cimiteri a Milano (XVIII-XIX secolo)*, in «Sanità scienza e storia», 1985, n. 2, pp. 83-120.

GUDERZO G., *La riforma dell'università di Pavia*, in A. DE MADDALENA-E. ROTELLI-G. BARBARISI (edd), *Economia, istituzioni, cultura in Lombardia nell'età di Maria Teresa*, Bologna 1982, III, pp. 845-861.

GUITARD E., *Le prestigieux passé des eaux minérales: histoire du thermalisme et de l'hydrologie des origines à 1950*, Paris 1951.

GUTHRIE D., *A history of medicine*, London 1945; trad. it. Milano 1967.

GUTTON J.P., *La société et les pauvres en Europe (XVIe-XVIIIe siècles)*, Paris 1974; trad. it. Milano 1977.

HANNAWAY C., *Medicine public welfare and the State in eighteenth-century France: the Société Royale de Médecine of Paris (1776-1793)*, Ph. D., The Johns Hopkins University, 1974.

HARDY A., *Diagnosis, death and diet: the case of London 1750-1909*, in «The Journal of interdisciplinary history», XVIII, 1988, pp. 387-401.

HARTMANN F., *I. Il concetto storico di diagnosi e il suo sviluppo.*

II. Concetto e funzione della diagnosi. Rapporti con la moderna informazione medica, in «Sanità, scienza e storia», 1987, n. 2, pp. 3-34.

HAUBOLD H., *Johann Peter Frank, der Gesundheits- und Rassenpolitiker des 18. Jahrhunderts*, München-Berlin 1939.

HELLER R., *Officiers de santé: the second-class doctors of nineteenth-century France*, in «Medical history», XXII, 1978, pp. 25-43.

HEMARDINQUER J.J., *Pour une histoire de l'alimentation*, Paris 1970.

HENLE J., *On miasmata and contagia*, Baltimore 1938.

HÉRITIER J., *La sève de l'homme de l'âge d'or de la saignée aux débuts de l'hématologie*, Paris 1987.

HILDESHEIMER F., *Le Bureau de la Santé de Marseille sous l'Ancien Régime. Le renfermement de la contagion*, Marseille 1980.

HINTZE O., *Il ceto dei funzionari*, in *Stato e società*, Bologna 1980.

HOURS H., *La lutte contre les épizooties et l'école vétérinaire de Lyon au XVIIIe siècle*, Paris 1957.

HUARD P., *L'officiat de santé (1794-1892)*, in «Concours médical», LXXXIII, 1961, n. 22, pp. 3231-3239.

HUARD P.-GRMEK M.D., *Sciences, médecine, pharmacie, de la Révolution à l'Empire*, Paris 1970.

HUERKAMP C., *The history of smallpox vaccination in Germany: a first step in the medicalization of the general public*, in «Journal of contemporary history», XX, 1986, pp. 617-635.

HUNT T. (ed), *The medical society of London 1773-1973*, London 1972.

HUTCHINSON J.F., *Historical method and the social history of medicine*, in «Medical history», XVII, 1973, pp. 423-428.

HUTER F., *Der Tierärztliche Unterricht in Innsbruck: 1781-1900*, (Österreichische Akademie der Wissenschaften, Philosophisch-Historische klasse, Sitzungsberichte, 261, Band 3. Veröffentlichungen der Komission für Geschichte der Ma-

thematik und der Naturwissenschaften, Heft 7), Wien 1969, pp. 1-48.

HUTER F., *Beiträge zur Geschichte des Apothekerwesens in Tirol: die voruniversitäre Periode*, in «Tiroler Heimat. Jahrbuch für Geschichte und Volskunde», XLI, 1978, pp. 5-43.

HUTER F., *Apothekenwesen und Apothekerstudium in Tirol: ein geschichtlicher Rückblick*, in «Anzeiger der phil.-hist. Klasse der Österreichischen Akademie der Wissenschaften», 116, 1979, So. 14, pp. 199-221.

ILLICH I., *Limits to medicine-medical nemesis: the expropriation of health*, London 1976; trad. it. Milano 1977.

ILVENTO A., *Storia delle grandi malattie epidemiche con speciale riguardo alla malaria*, Roma 1938.

IMBAULT-HUART M.-J., *L'école pratique de dissection de Paris de 1750 à 1822 ou l'influence du concept de médecine pratique et de médecine d'observation dans l'enseignement medico-chirugical au 18ème siècle et au debut du 19ème siecle*, Paris 1975.

IMBERT J., *Les Hôpitaux en France*, Paris 1966.

IMHOF A.E.-LARSEN O., *Sozialgeschichte und Medizin. Probleme der quantifizierenden Quellenbearbeitung in der Sozial- und Medizingeschichte*, Oslo-Stuttgart 1976.

IMHOF A.E., *Die Funktionen des Krankenhauses in der Stadt des 18. Jahrhunderts*, in «Zeitschrift für Stadtgeschicte, Stadtsoziologie und Denkmalpflege», IV, 1977, pp. 215-242.

IMHOF A.E. (ed), *Leib und Leben in der Geschichte der Neuzeit = L'homme et son corps dans l'histoire moderne. Vorträge eines internationalen Colloquiums = Actes d'un colloque international. Berlin 1.-3.12.1981*, Berlin 1983.

JACYNA L.S., *Images of John Hunter in the nineteenth century*, in «History of science», XXI, 1983, pp. 85-108.

JARCHO S., *Yellow fever, cholera and the beginnings of medical cartography,* in «Journal of history of medicine and allied sciences», XXV, 1970, pp. 131-142.

JEORGER M., *La structure hospitalière de la France sous l'Ancien Régime*, in «Annales. Economie Société Civilisation», XXXII, 1977, pp. 1025-1051.

JETTER D., *Westdeutschland Hospital von den Anfängen bis 1850*, Wiesbaden 1966.

JETTER D., *Zur Typologie des Irrenhauses in Frankreich und Deutschland (1780-1840)*, Wiesbaden 1971.

JETTER D., *Wien von den Anfängen bis um 1900*, Wiesbaden 1982.

JETTER D., *Das europäische Hospital: von der Spätantike bis 1800*, Köln 1986.

JEWSON N.D., *Medical knowledge and the patronage system in 18th century England*, in «Sociology», 8, 1974, pp. 369-385.

JONES C., *The charitable imperative: hospitals and nursing in Ancien Régime and revolutionary France*, London-New York 1989.

JONES K., *A history of the mental health service*, London-Boston 1972.

JORDANOVA L., *Earth science and environmental medicine: the synthesis of the late enlightenment*, in L.J. JORDANOVA-R.S. PORTER (edd), *Images of the earth. Essay in the history of the environmental sciences*, Chalfont St. Gilles 1979, pp. 119-146.

KAPLAN S.L. (ed), *Understanding popular culture: Europe from the Middle ages to the nineteenth century*, Berlin 1984.

KETT J.F., *Provincial medical practice in England: 1730-1815*, in «Journal of the history of medicine and allied sciences», XIX, 1964, pp. 17-29.

KLEINERT A., *Mathematik und anorganische Naturwissenschaften*, in *Wissenschaften im Zeitalter der Aufklärung*, Göttingen 1985, pp. 218-248.

KNÖFFEL P.K., *Famine and fever in Tuscany. Eighteenth century Italian concern with the environment*, in «Physis», XXI, 1979, pp. 7-35.

KÖRTING W., *Die Medizinalverfassung von 1808 für das Königreich Bayern*, in «Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer», XXV, 1971.

LA BERGE A.F., *The French public health movement, 1815-1848*, Ph. D., University of Tennessee, 1974.

LA BERGE A.F., *The Paris health council, 1802-1848*, in «Bulletin of the history of medicine», XLIX, 1975, pp. 339-352.

LABISCH A., *Zur Sozialgeschichte der Medizin. Methodologische Überlegungen und Forschungsbericht*, in «Archiv für Sozialgeschichte», XX, 1980, pp. 431-469.

LABISCH A., *Doctors, workers and the scientific cosmology of the industrial world: the social construction of 'health' and the 'homo hygienicus'* in «Journal of contemporary history», XX, 1985, pp. 599-615.

LABISCH A., *Homo Hygienicus: Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*, Frankfurt am Main-New York 1992.

LAGET M.-ALEXANDRE N., *Médecine et chirurgie des pauvres au XVIIIe siècle d'apres le livret de Dom Alexandre*, Toulouse 1984.

LAGET M., *La naissance aux siècles classiques. Pratique des accouchements et attitudes collectives en France aux XVIIe et XVIIIe siècles*, in «Annales. Economie Société Civilisation», XXXII, 1977, pp. 958-992.

LAIGNEL-LAVASTINE M., *Histoire générale de la médecine, de la pharmacie, de l'art dentaire e de l'art vétérinaire*, Paris 1936-1949.

LAMBERT R.J., *Sir John Simon (1816-1904) and English social administration*, London 1963.

LA MOTTE F., *Topographie médicale de la Normandie: des influences de l'air et du climat sur le tempérament et la santé des habitants d'après M. Lepecq De La Cloture*, in *Le corps et la santé. Actes du 110e congrès national des sociétés savantes, Montpellier 1985*, Paris 1985, I, pp. 31-42.

LANCKORONSKA M.-RÜMANN A., *Geschichte der deutschen Taschenbücher und Almanache aus der klassisch-romantischen Zeit*, München 1954.

LANDY D., *Culture, disease and healing*, New York-London 1977.

LANZARDO L., *Il mestiere prezioso. Le ostetriche raccontano*, Torino 1985.

LANZILOTTI-BUONSANTI N., *La R. Scuola superiore di medicina veterinaria di Milano nel suo primo centennio (1791-1891):*

storia documentata, pubblicata nell'occasione delle feste pel centenario nel settembre 1891, Milano 1891.

LA VERGATA A., *Nonostante Malthus. Fecondità, popolazioni e armonia della natura, 1700-1900*, Torino 1990.

LEBRUN F., *Les hommes et la mort en Anjoux aux 17e et 18e siècles. Essai de démographie et psychologie historique*, Paris-La Haye 1971.

LEBRUN F., *L'intervention des autorités face aux crises de mortalité dans la France d'Ancien Régime*, in A.E. IMHOF (ed), *Leib und Leben in der Geschichte der Neuzeit = L'homme et son corps dans l'histoire moderne. Vorträge eines internationalen Colloquiums = Actes d'un colloque international. Berlin 1-3.12.1981*, Berlin 1983, pp. 39-52.

LEBRUN F., *Se soigner autrefois: médecins, saints et sorciers aux 17e et 18e siècles*, Paris 1983.

LECUIR J., *La médicalisation de la société française dans la deuxième moitié du XVIIIe siècle en France: aux origines des premiers traités de médecine légale*, in «Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest», 1979, n. 86, pp. 231-245.

LECUYER B.P., *Médecins et observateurs sociaux: les «Annales d'hygiène publique et médecine legale (1820-1850)»*, in *Pour une histoire de la statistique*, Paris 1977, I, pp. 445-476.

LEE R.W., *Medicalisation and mortality in South Germany in the early 19th century*, in «Abhandlungen zur Geshichte der medizin und der Naturwissenschaften» [*Mensch und Gesundheit in der Geschichte*, Heft 39], 1980, pp. 81-97.

LE GOFF J.-SOURNIA J.-C. (edd), *Les maladies ont une histoire*, Paris 1985; trad. it. Bari 1986.

LEMAY E., *Thomas Hérier, a country surgeon outside Angoulême at the end of the XVIIIth century: a contribution to social history*, in «Journal of social history», X, 1977, pp. 524-537.

LEICESTER H.M., *The historical background of chemistry*, New York 1956; trad. it. Milano 1978.

LEONARD J. (a), *La vie quotidienne du médecin de province au XIXe siècle*, Paris 1977.

LEONARD J. (b), *Femmes, religion et médecine: les religieuses*

qui soignent en France, in «Annales. Economie Société Civilisation», XXXII, 1977, pp. 887-907.

LEONARD J. (a), *La France médicale: médecins et malades au XIXe siècle*, Paris 1978.

LEONARD J. (b), *Les médecins de l'Ouest au XIXe siècle*, Lille, Atelier reproduction des thèses, Université de Lille III (Paris, diffusion H. Champion), 1978.

LEONARD J., *Les guérisseurs en France au XIXe siècle*, in «Revue d'histoire moderne», XXVII, 1980, pp. 501-516.

LEONARD J., *La santé et les soins corporels: ethnologie, sociologie et histoire, XVIIe-XXe siècles*, in «Bulletin de la section d'histoire moderne et contemporaine», 1984, n. 4, pp. 37-58.

LEONARD J., *Archives du corps. La santé au XIXe siècle*, Paris 1986.

LEONARD J., *Le sacerdoce médical et le praticien de province en France au XIXe siècle*, in *Populations et cultures*, Rennes 1989, pp. 49-54.

LEPENIES W., *Das Ende der Naturgeschichte. Wandel kultureller Selbstverständlichkeiten in den Wissenschaften des 18. und 19. Jahrunderts*, München-Wien 1976; trad. it. Bologna 1991.

LEPENIES W., *Ascesa e declino degli intellettuali in Europa*, Bari 1992.

LESCH J.E., *Science and medicine in France: the emergence of experimental physiology: 1790-1855*, Cambridge, Mass.-London 1984.

LESKY E., *Österreichisches Gesundheitswesen im Zeitalter des aufgeklärten Absolutismus*, Wien 1959.

LESKY E., *Die Wiener Medizinische Schule im 19. Jahrhundert*, Wien 1965; trad. ing. Baltimore 1976.

LESKY E. (a), *The development of bedside teaching at the Vienna medical school from scholastic times to special clinics*, in O'MALLEY (ed), *The history of medical education: an international symposium held february 5-9, 1968*, Berkeley-Los Angeles-London 1970, pp. 217-234.

LESKY E. (b), *Das Sanitätsnormativ von 1770*, in «Mitteilungen

der Österreichischen Sanitätsverwaltung», LXXI, 1970, n.n. 6-7, pp. 152-157.

LESKY E.-WANDRUSZKA A. (edd), *Gerard van Swieten und seine Zeit: internationales Symposium veranstaltet von der Universität Wien im Institut für Geschichte der Medizin, 8-10 mai 1972*, Wien-Köln-Graz 1973.

LESKY E., *Johann Peter Frank and social medicine*, in «Annales cisalpines d'histoire sociale», s. 1, 1973, n. 4, pp. 137-144.

LESKY E. (ed), *Wien und die Weltmedizin. 4. Symposium der Internationalen Akademie für Geschichte der Medizin veranstaltet im Institut für Geschichte der Medizin der Universität Wien 17.-19. september 1973*, Wien-Köln-Graz 1974.

LESKY E. (ed), *J.P. Frank's «A system of complete medical police» (1779-1821)*, Baltimore 1976.

LEVRA U. (ed), *La scienza e la colpa*, Milano 1985.

LEWIS J. (ed), *Labour and love: women's experience of home and family 1850-1940*, Oxford 1989.

LEWIS R.A., *Edwin Chadwick and the public health movement: 1832-1854*, London 1952.

LINDEMANN M.E., *Producing policed man: poor relief, population policies and medical care in Hamburg 1750-1806*, Ph. D., University of Cincinnati, 1980.

LIVI-BACCI M., *Popolazione e alimentazione. Saggio sulla storia demografica europea*, Bologna 1987.

LONNI A., *Il mestiere di ostetrica al confine tra il lecito e l'illecito*, in «Società e storia», 1984, n. 25, pp. 563-590.

LOPEZ PINERO J.M., *Medicina moderna y sociedad española. Siglos XVI-XIX*, Valencia 1976.

LOUDON I., *Medical care and the general practitioner: 1750-1850*, Oxford 1986.

LOUX F., *Pratiques traditionelles et pratiques modernes d'hygiène et de prevention de la maladie chez les mères et leurs enfants (en Seine Maritime)*, Paris 1975.

LOUX F.-RICHARD P., *Sagesses du corps. La santé et la maladie dans les proverbes français*, Paris 1978.

MCCARTNEY C.A., *The Habsburg Empire: 1790-1918*, London, 1969; trad. it. Milano 1976.

McClure R., *Coram's children: the London foundling hospital in the eighteeenth century*, New Haven-London 1981.

McCray Beier L., *Sufferers and healers. The experience of illness in seventeenth-century England*, London 1987.

McKeown T., *A sociological approach to the history of medicine*, in «Medical history», 1970, 14, pp. 342-351.

McKeown T., *The modern rise of population*, London 1976.

McKeown T., *The role of medicine: dream, mirage or nemesis?*, London 1976; trad. it. Palermo 1978.

McLachlan G.-McKeown T. (edd), *Medical history and medical care: a symposium of perspectives*, London-New York 1971.

McManners J., *Death and the enlightenment: changing attitudes to death among Christians and unbelievers in 18th century France*, Oxford 1981.

Maggioni G.-Pretto C., *Il Gremio del litorale adriatico, statuto e regolamento*, in «Atti e memorie della Accademia italiana di storia della farmacia», II, 1985, n. 1, pp. 40-44.

Malamani A., *Il Direttorio della Facoltà medica dello Stato di Milano. Note sull'organizzazione sanitaria della Lombardia austriaca*, in «Bollettino della Società pavese di storia patria», XXXI, 1979, n. 8, pp. 75-95.

Malamani A., *La distribuzione territoriale delle condotte mediche nel pavese: dai progetti di riforma alle realizzazioni parziali (1774-1793)*, in «Annali di storia pavese», 1980, nn. 4-5, pp. 305-318.

Malamani A., *L'organizzazione sanitaria nella Lombardia austriaca*, in A. De Maddalena-E. Rotelli-G. Barbarisi (edd), *Economia, istituzioni, cultura in Lombardia nell'età di Maria Teresa*, Bologna 1982, III, pp. 991-1010.

Malamani A., *«L'inaprezzabile ritrovato»: la vaccinazione jenneriana da sperimentazione «privata» a programma sanitario di stato*, in F. Della Peruta (ed), *Sanità e società: Veneto, Lombardia, Piemonte, Liguria, secoli XVII-XX*, Udine 1989, pp. 37-62.

Maldini D., *Malati e malattie in Piemonte nel periodo napoleonico*, in «Sanità, scienza e storia», 1984, n. 1, pp. 77-115.

MANDROU R., *De la culture populaire aux 17e et 18e siècles: la bibliothèque bleue de Troyes*, Paris 1964.

MANNEVILLE P., *La lutte contre les logements insalubres au Havre (XIXe-XXe siècles)*, in *Le corps et la santé. Actes du 110e congrès national des sociétés savantes, Montpellier 1985*, Paris 1985, I, pp. 67-76.

MANZI L.-ASCANELLI P., *Il ruolo delle parrocchie nell'organizzazione igienica dell'Italia napoleonica*, in «Giornale di batteriologia, virologia, immunologia», LXI, 1968, n. 1/4, pp. 118-130.

MARCOVICH A., *L'introduction de la vaccination jennerienne: un révélateur des idéologies et des politiques de santé*, in «Ànnée sociologique», XXXVI, 1986, pp. 57-73.

MASOERO P., *Analisi critica su due secoli (1769-1969) di storia della facoltà di medicina veterinaria*, Torino 1969.

MATHIAS P., *Disease, medicine and demography in Britain during the industrial revolution*, in «Annales cisalpines d'histoire sociale», s. I, 1973, n. 4, pp. 145-183.

Medicina, economia e società nell'esperienza storica, Pavia 27-29 settembre 1973, numero monografico di «Annales cisalpines d'histoire sociale», s. 1, 1973, n. 4.

Medicina popolare in Italia, numero monografico di «La ricerca folklorica», 1983, n. 8.

MERIGGI M., *Amministrazione e classi sociali nel Lombardo-Veneto (1814-1848)*, Bologna 1983.

MEYER J., *Le personnel médical en Bretagne à la fin du XVIIIe siècle*, in *Médecins, climats et épidémies à la fin du XVIIIe siècle*, Paris 1972, pp. 173-224.

MEYER J.-P., *L'enquête de l'Académie de médecine sur les épidémies: 1774-1794*, in *Médecins, climats et épidémies à la fin du XVIIIe siècle*, Paris 1972, pp. 3-23.

MIDDLETON W.E.K., *Invention of the meteorological instruments*, Baltimore 1969.

MILLER G., *The adoption of inoculation for smallpox in England and France*, Philadelphia 1957.

MIRRI M., *Riflessioni su Toscana e Francia: riforme e rivoluzione*, in «Annuario dell'Accademia etrusca di Cortona», XXIV,

1990, pp. 117-233 [*Atti del convegno: 1789 in Toscana. La rivoluzione Francese nel Granducato*].

MORAVIA S., *Philosophie et médecine en France à la fin du XVIIIe siècle*, in «Studies on Voltaire and the Eighteenth century», LXXXIX, 1972, pp. 1089-1151.

MOREL M.F., *Mère, enfant, médecin: la medicalisation de la petite enfance (XVIIIe-XIXe siècles)*, in *Mensch und Gesundheit in der Geschichte*, Husum 1980, pp. 301-313.

MOREL M.F., *Ville et campagne dans le discours médical sur la petite enfance au XVIIIe siècle*, in «Annales. Economie Société Civilisation», 1977, pp. 1007-1024.

MORRIS M., *The story of English public health*, London 1919.

MORRIS R.J., *Cholera 1832. The social response to an epidemic*, London 1976.

MUCHEMBLED R., *Culture populaire et culture des élites dans la France moderne (XVe-XVIIIe siècles). Essai*, Paris 1978; trad. it. Bologna 1991.

MULLET C.F., *Medical history: some problems and opportunities*, in «Journal of the history of medicine and allied sciences», 1946, n. 1, pp. 189-205.

MURKEN A.E., *Von Armenhospital zum Grossklinikum: die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart*, Köln 1988.

NALBONE G., *I viaggi di Howard: la «scoperta» e la denuncia della realtà del carcere*, in U. LEVRA (ed), *La scienza e la colpa. Crimini criminali criminologi: un volto dell'Ottocento*, Milano 1985, pp. 136-137.

Nascere a Venezia. Dalla Serenissima alla prima guerra mondiale, Torino 1985.

NEUMAN R., *The priests of the body and masturbation insanity in the late nineteenth century*, in «Psychohistory Review», VI, 1978, n. 4, pp. 21-53.

NEWMAN C., *The evolution of medical education in the nineteenth century*, London 1957.

NEWSHOLME A., *Evolution of preventive medicine*, Baltimore 1927.

NOUGARET-CHAPALAIN C., *La lutte contre les épidémies dans la*

Diocèse de Rennes au XVIIIe siècle, in «Bibliothèque de l'Ecole des Chartes», CXL, 1982, pp. 215-233.

NYE R., *Crime, madness and politics in modern France: the medical concept of national decline*, Princeton 1984.

OCAÑA E.R., *La dependencia social de un comportamiento científico: los médicos españoles y el cólera de 1833-35*, in «Dynamis», I, 1981, pp. 101-130.

O'MALLEY C.D. (ed), *The history of medical education: an international symposium held february 5-9, 1968*, Berkeley-Los Angeles-London 1970.

OSTINO G., *Ispezioni alle farmacie in Piemonte nella prima metà del XIX secolo*, in «Minerva medica», novembre 1961, pp. 211-231.

PALTRINIERI S., *La medicina veterinaria in Italia dal XVIII al XX secolo (dalla fondazione delle scuole alle odierne facoltà universitarie)*, Milano 1947.

PANCINO C., *Il bambino e l'acqua sporca: storia dell'assistenza al parto dalle mammane alle ostetriche (secoli XVI-XIX)*, Milano 1984.

PANSERI G., *La nascita della polizia medica: l'organizzazione sanitaria nei vari stati italiani*, in G. MICHELI (ed), *Scienza e tecnica nella cultura e nella società dal Rinascimento a oggi* (Storia d'Italia. Annali 3), Torino 1980, pp. 155-196.

PANSERI G., *Il medico: note su un intellettuale scientifico italiano nell'Ottocento*, in C. VIVANTI (ed), *Intellettuali e potere* (Storia d'Italia. Annali 4), Torino 1981, pp. 1133-1155.

PANZAC D., *Crime ou delit? La législation sanitaire en Provence au XVIIIe siècle*, in «Revue historique», CX, 1986, t. 285, pp. 39-71.

PANZAC D., *Quarantain et lazarets. L'Europe et la peste d'Orient: XVIIe-XXe siècle*, Marseille 1987.

PANZERI L., *Il manicomio di Milano: la Pia Casa della Senavra (1781-1878)*, in A. DE BERNARDI-F. DE PERI-L. PANZERI, *Tempo e catene. Manicomio, psichiatria e classi subalterne. Il caso milanese*, Milano 1980, pp. 109-162.

PARMA A., *Didattica e pratica ostetrica in Lombardia (1765-1791)*, in «Sanità scienza e storia», 1984, n. 2, pp. 101-155.

PARMA A. (a), *Dall'amministrazione patrizia all'amministrazione moderna: la sanità nello Stato di Milano*, in ISTITUTO PER LA SCIENZA DELL'AMMINISTRAZIONE PUBBLICA, *L'amministrazione nella storia moderna*, I, Milano 1985, pp. 293-358.

PARMA A. (b), *Riforma e organizzazione sanitaria a Mantova: l'ostetricia nella II metà del '700*, in «Studi trentini di scienze storiche», LXIV, 1985, pp. 259-276.

PARTINGTON J.R., *Chemistry through the eighteenth century*, in A. FERGUSON (ed), *Natural philosophy through the 18th century and allied topics*, London 1972, pp. 47-66.

PASTA R., *Scienza politica e rivoluzione: l'opera di Giovanni Fabbroni (1752-1822) intellettuale e funzionario al servizio dei Lorena*, Firenze 1989.

PASTORE A. (ed), *Sanità e società*, Udine 1986-1989.

PAZZINI A., *Bibliografia di storia della medicina italiana*, Milano 1939.

PAZZINI A. (a), *L'uomo e le malattie*, Milano 1948.

PAZZINI A. (b), *La medicina popolare in Italia. Storia, tradizioni, leggende*, Trieste 1948.

PAZZINI A., *Origine e sviluppo della medicina sociale*, Roma 1966.

PAZZINI A., *Storia dell'arte sanitaria dalle origini a oggi*, Torino 1973-1974.

PENSO G., *La conquista del mondo invisibile. Parassiti e microbi nella storia della civiltà*, Milano 1973.

PERONNET M., *Discours ecclésial, monarchique, et médical sur la maladie*, in «Dix-huitième siècle», 1988, n. 20, pp. 337-352.

PERROT J.C.-WOOLF S.J., *State and statistics in France, 1789-1815*, Chur 1984.

PESET M.-PESET J.L., *La universidad española (siglos XVIII y XIX), despotismo ilustrado y revolución liberal*, Madrid 1974.

PESET M.-PESET J.L., *Gregorio Mayans y la reforma universitaria*, Valencia 1975.

PESET M.-PESET J.L., *Carlos IV y la Universidad de Salamanca*, Madrid 1983.

PETER J.-P., *Les mots et les objets de la maladie. Remarques sur les épidémies et la médecine dans la société française de la fin du XVIIIe siècle*, in «Revue historique», XCV, 1971, t. 246, pp. 13-38.

PETER J.-P., *Malades et maladies à la fin du XVIIIe siècle*, in *Médecins, climats et épidémies à la fin du XVIIIe siècle*, Paris 1972, pp. 135-170.

PETER J.-P., *Le grand rêve de l'ordre médical en 1770 et aujourd'hui*, in «Autrement», 1975-1976, n. 4, pp. 183-193.

PETER J.-P., *Les médecins français face au probleme de l'inoculation variolique et de sa diffusion (1750-1790)*, in «Annales de Bretagne», LXXXVI, 1979, pp. 251-264 [atti del colloquio di Rennes del 1978 sul tema *La medicalisation en France*].

PETER J.-P., *Le désordre contenu. Attitudes médicales face à l'épidémie au siècle des lumières (Poitou 1784-1785)*, in «Ethnologie française», NS, XVII, 1987, pp. 355-366.

PETER J.-P., *Aux sources de la médicalisation, le regard et le mot: le travail des topographies médicales*, in *Population et cultures. Etudes réunies en l'honneur de François Lebrun*, Rennes 1989, pp. 103-111.

PICKSTONE J.V., *Medicine and industrial society. A history of hospital development in Manchester and its region 1752-1946*, Manchester 1985.

POGLIANO C., *L'utopia igienista (1870-1920)*, in F. DELLA PERUTA (ed), *Malattia e medicina* (Storia d'Italia. Annali 7), Torino 1984, pp. 588-631.

Popolazione, società e ambiente. Temi di demografia storica italiana (secc. XVII e XIX), Bologna 1990.

PORISINI G., *Agricoltura, alimentazione e condizioni sanitarie. Prime ricerche sulla pellagra in Italia dal 1880 al 1940*, Genève 1974.

PORTER D.-PORTER R., *Patient's progress: doctors and doctoring in eighteenth-century England*, Cambridge 1989.

PORTER R., *Medicina e illuminismo nell'Inghilterra del Settecento*, in «Quaderni storici», XIV, 1979, n. 40, pp. 155-180.

PORTER R., *Patients and practitioners: lay perceptions of medicine in pre-industrial society*, Cambridge 1985.

PORTER R., *Disease, medicine and society in England, 1550-1860*, Basingstoke 1987.

PORTER R.-WEAR A. (edd), *Problems and methods in the history of medicine*, London 1987.

PORTER R., *Health for sale: quackery in England 1660-1850*, Manchester-New York 1989.

PORTER R.-GRANSHAW L. (edd), *The hospital in the history*, London-New York 1989.

PORTER R., *Civilisation and disease: medical ideology in the Enlightenment*, in J. BLACK-J. GREGORY (edd), *Culture, politics and society in Britain, 1600-1800*, Manchester-New York 1991, pp. 154-183.

POST J.D., *The last great subsistence crisis in the Western World*, Baltimore-London 1977.

POULET J.-SOURNIA J.C. (edd), *Histoire de la médecine, de la pharmacie, de l'art dentaire et de l'art vétérinaire*, Paris 1977-1980.

PREMUDA L., *Il rapporto medico-paziente: aspetti storici*, in «Acta medica historiae patavina», XXXII-XXXIII, 1985/86-1986/87, pp. 61-71.

PRETO P., *Epidemia, paura e politica nell'Italia moderna*, Roma-Bari 1988.

PRONTERA G., *Medici, medicina e riforme nella Firenze della seconda metà del Settecento*, in «Società e storia», VII, 1984, n. 26, pp. 783-820.

PRUNAI FALCIANI, M., *Dagli autografi di Giovanni Gentile*, in «Studi livornesi», III, 1988, pp. 157-164.

QUETEL C.-MOREL P., *Les fous et leurs médecines. De la Renaissance au XXe siècle*, Paris 1979.

QUETEL C., *Le Mal de Naples. Histoire de la syphilis*, Paris 1986.

RABL R., *Die Medizinalgesetze Oberösterreichs aus der 1. Hälfte des 19. Jahrhunderts*, in «Jahrbuch des Oberösterreichischen Musealvereines», CXX, 1975, pp. 237-256.

RAILLIET A.-MOULE L., *Histoire de l'école d'Alfort*, Paris 1908.

RAMSEY M., *Medical power and popular medicine: illegal healers in nineteenth-century France*, in «Journal of social history», X, 1977, n. 4, pp. 560-587.

RAMSEY M., *Sous le régime de la legislation de 1803: trois enquêtes sur les charlatans au XIXe siècle*, in «Revue d'histoire moderne e contemporaine», XXVII, 1980, pp. 485-500.

RAMSEY M., *Medicina e politica di monopolio professionale nel XIX secolo*, in «Quaderni storici», XVI, 1981, n. 48, pp. 959-1011.

RAMSEY M., *Professional and popular medicine in France, 1770-1830*, Cambridge 1988.

RAVAGLIA G., *Bibliografia idrologica italiana*, Roma 1928.

RAZZELL P.E., *An interpretation of the modern rise of population in Europe: a critique*, in «Population studies», XXVIII, 1974, pp. 5-17.

RAZZELL P.E., *Edward Jenner's cowpox vaccine: the history of a medical myth*, Firle 1977.

RAZZELL P.E., *The conquest of smallpox: the impact of inoculation on smallpox mortality in eighteenth century Britain*, Firle 1977.

REINALTER H., *Le riforme universitarie in Austria al tempo di Maria Teresa*, in A. DE MADDALENA-E. ROTELLI-G. BARBARISI (edd), *Economia, istituzioni, cultura in Lombardia nell'età di Maria Teresa*, Bologna 1982, III, pp. 829-844.

REINALTER H. (ed), *Joseph von Sonnenfels*, Wien 1988.

REVEL J.-PETER J.-P., *Le corps. L'homme malade et son histoire*, in J. LE GOFF-P. NORA (edd), *Faire de l'histoire. 3: Nouveaux objets*, Paris 1974, pp. 169-191.

RICHARDS D.-WOODWARDS J., *Health care and popular medicine in nineteenth century England*, London 1977.

ROCHE D., *Talents, raison et sacrifice: l'image du médecin des Lumières d'après les éloges de la Société royale de médecine (1776-1789)*, in «Annales. Economie Société Civilisation», XXXII, 1977, pp. 866-886.

ROCHE D., *Le temps de l'eau rare du Moyen Age à l'époque*

moderne, in «Annales. Economie Société Civilisation», XXXIX, 1984, pp. 383-399.

ROCHE D., *Le peuple de Paris: essai sur la culture populaire au XVIIIe siècle*, Paris 1981; trad. it. Bologna 1986.

ROCHE D., *Netteté et bienséance: le vêtement des civilités et des proverbes*, in *Etudes réunies en l'honneur de François Lebrun*, Paris 1989, pp. 243-253.

RODEGRA H., *Vom Pesthof zun Allgemeinen Krankenhaus: die Entwicklung des Krankenhauswesens in Hamburg zu Beginn des 19. Jahrhunderts*, Münster 1977.

ROSEN G., *Problems in the application of statistical analysis to questions of health 1700-1880*, in «Bulletin of history of medicine», XXIX, 1955, pp. 27-45.

ROSEN G. (a), *Toward a historical sociology of medicine: the endeavor of Henry E. Sigerist*, in «Bulletin of the history of medicine», XXXII, 1958, pp. 500-516.

ROSEN G. (b), *A history of public health*, New York 1958; new ed. London 1993.

ROSEN G., *Madness in society: chapters in the historical sociology of mental illness*, Chicago 1968.

ROSEN G., *From medical police to social medicine: essays on the history of health care*, New York 1974.

ROSENBERG C.E., *Cholera in nineteenth-century Europe: a tool for social and economic analysis*, in «Comparative studies in society and history. An international quarterly», VIII, 1966, pp. 452-463.

ROSENBERG C.E (ed), *Healing and history. Essays for George Rosen*, Dawson 1979.

RUFFIÉ J.-SOURNIA J.C., *Les épidémies dans l'histoire de l'homme. Essai d'anthropologie médicale*, Paris 1984; trad. it. Roma 1985.

RUSSEL A.W. (ed), *The town and state physician in Europe from the Middle ages to the Enlightnment*, Wolfenbüttel 1981.

SALIMBENI F., *Appunti per una storia sociale della medicina e della sanità nell'età contemporanea. Il caso triestino*, in A. LAZZARINI (ed), *Economia e società nella storia dell'Italia contemporanea*, Roma 1983, pp. 185-193.

Santé, médecine et politiques de santé, [numero monografico di] «Annales. Economie Société Civilisation», XXXIX, 1984, n. 4.

SANDONÀ A., *Il Regno Lombardo-Veneto 1814-1859. La Costituzione e l'amministrazione. Studi di storia e di diritto con la scorta degli atti ufficiali dei Dicasteri Centrali di Vienna,* Milano 1912.

SAPORI G., *Il fondo di medicina antica della bilioteca ginecologica Emilio Alfieri,* Milano 1975.

SAVELLI R., *Dai collegi all'università,* in R. SAVELLI (ed), *L'archivio storico dell'Università di Genova,* Genova 1994.

SCHENDA R., *Folklore e letteratura popolare: Italia, Germania, Francia,* Roma 1986.

SCHIERA P., *Il cameralismo e l'assolutismo tedesco,* Milano 1968.

SCHIERA P. (ed), *La dinamica statale austriaca nel XVII e XIX secolo. Strutture e tendenze di storia costituzionale prima e dopo Maria Teresa,* Bologna 1981.

SCHIPPERGES H., *Utopien der Medizin. Geschichte und Kritik der ärztlichen Ideologie des 19 Jahrhunderts,* Salzburg 1968.

SCHMIDT C., *Le Grand-Duché de Berg (1806-13),* Paris 1905.

SCILLACI A., *Il ruolo dell'ospedale nel contesto sociale e urbano: la Francia tra XVIII e XIX secolo,* in «Storia urbana», IV, 1980, n. 12, pp. 3-25.

SCOTTI A., *Malati e strutture ospitaliere dall'età dei lumi all'Unità,* in F. DELLA PERUTA (ed), *Malattia e medicina* (Storia d'Italia. Annali 7), Torino 1984, pp. 233-295.

Secoli (I) d'oro della medicina: 700 anni di scienza medica a Padova, Modena 1986.

SENDRAIL M., *Histoire culturelle de la maladie,* Paris 1980.

SEPPILLI T. (ed), *Medicine e magie,* Milano 1989.

SHORTER E., *The making of the modern family,* New York 1975; trad. it. Milano 1978.

SHORTER E., *Bedside manners: the troubled history of doctors and patients,* New York 1985; trad. it. Milano 1985.

SHRYOCK R.H., *The development of modern medicine: an inter-*

pretation of the social and scientific factors involved, Philadelphia 1936; trad. it. Milano 1977.

SHRYOCK R.H., *Medicine and public health*, in G. METRAUX-F. CROUZET (edd), *Nineteenth century world: readings for the history of Mankind*, New York 1963.

SIGERIST H.E., *The social history of medicine*, in «Western journal of surgery, obstetrics and gynecology», XLVIII, 1940, pp. 715-722.

SIGERIST H.E., *Civilization and disease*, Chicago 1949.

SIGSWORTH E.M., *Gateways to death? Medicine hospitals and mortality, 1700-1850*, in P. MATHIAS (ed), *Science and society: 1600-1900*, Cambridge 1972, pp. 97-110.

SLACK P., *The reponse to plague in early modern England: public policies and their consequences*, in J. WALTER-R. SCHOFIELD (edd), *Famine, disease and the social order in early modern society*, Cambridge 1989, pp. 167-187.

SLEZAK P., *Geschichte der Österreichischen Sanitäsverwaltung*, Wien-Innsbruck 1956.

SMITH F.B., *The people's health: 1830-1910*, London 1979.

SOLARI G., *Almanacchi, lunari e calendari toscani tra Settecento e Ottocento*, Firenze 1989.

SOLOV'EV J.I., *L'evoluzione del pensiero chimico dal '600 ai giorni nostri*, Milano 1976, pp. 40-159.

SORCINELLI P., *Regimi alimentari, condizioni igieniche, epidemie nelle Marche dell'Ottocento*, Urbino 1977.

SORCINELLI P., *Miseria e malattie nel XIX secolo. I ceti popolari nell'Italia centrale fra tifo petecchiale e pellagra*, Milano 1979.

SORCINELLI P., *Uomini ed epidemie nel primo Ottocento: comportamenti, reazioni e paure nello stato pontificio*, in F. DELLA PERUTA (ed), *Malattia e medicina* (Storia d'Italia. Annali 7), Torino 1984, pp. 495-537.

SORCINELLI P., *Per una storia delle malattie in Italia*, in «Sanità scienza storia», 1984, n. 2, pp. 64-100.

SORCINELLI P., *Nuove epidemie e antiche paure. Uomini e colera nell'Ottocento*, Milano 1986.

SORDI B., *L'amministrazione illuminata. Riforma della comunità e progetto di costituzione nella Toscana leopoldina*, Milano 1991.

SORESINA M., *La carriera di Giovanni Capsoni, «medico pratico» e funzionario ospedaliero nella Lombardia della Restaurazione*, in «Sanità, scienza e storia», 1986, n. 2, pp. 125-178.

SORESINA M., *Condotte mediche e medici condotti*, in F. DELLA PERUTA (ed), *Società e sanità: Veneto, Lombardia, Piemonte, Liguria, secoli XVII-XX*, Udine 1989, pp. 299-321.

SORI E., *Malattia e demografia*, in F. DELLA PERUTA (ed), *Malattia e medicina* (Storia d'Italia. Annali 7), Torino 1984, pp. 539-585.

SOUCHON C., *En marge de la révolution: quel cimetière pour Laon?*, in *Le corps et la santé. Actes du 110e congrès national des sociétés savantes. Montpellier 1985*, Paris 1985, pp. 301-317.

SOURNIA J.-C., *Histoire et médecine*, Paris 1982; trad. it. Milano 1987.

SOURNIA J.-C., *L'utopie de la santé*, Paris 1984.

SPEARS J., *Folk medicine and popular attitudes toward disease in the High Alps, 1780-1870*, in «Bulletin of the history of medicine», LIV, 1980, pp. 303-336.

SPREE R., *Health and social class in Imperial Germany: a social history of morality, morbility and inequality*, Oxford-New York-Hamburg-Berg 1988.

STEUDEL J., *Medizinische Ausbildung in Deutschland 1600-1850*, Berlin-New York 1971,

STOLZ V.O., *Geschichte des Land Tirol*, Innsbruck-Wien-München 1955.

STRÖKER E., *Theoriewandel in der Wissenschaftsgeschichte. Chemie im 18. Jahrhundert*, Frankfurt am Main 1982.

Studium veterinarium mediolanensis: 175. anniversario: 1791-1966, Milano 1969.

STÜRZBECHER M., *Beiträge zur Berliner Medizingeschichte. Quellen und Studien zur Geschichte des Gesundheitswesens vom 17. bis 19. Jahrhundert*, Berlin 1966.

SUSSMANN G.D., *From yellow fever to cholera: a study of French Governement policy, medical professionalism, and popular movement in the epidemic crises of the Restoration and July monarchy*, Ph.D., University of Yale, 1971.

SUSSMANN G.D. (a), *Enlightened health reform, professional medicine and traditional society: the cantonal physicians of the Bas-Rhin, 1810-1870*, in «Bulletin of history of medicine», LI, 1977, pp. 565-584.

SUSSMANN G.D. (b), *The glut of doctors in Mid-nineteenth-century France*, in «Comparative studies in society and history», XIX, 1977, pp. 287-304.

SZASZ T.S.-KNOFF W.F.-HOLLENDER M.H., *The doctor-patient relationship in its historical context*, in «American journal of Psychiatry», CXV, 1958, pp. 522-528.

TAIANI R., *L'acqua e la sua anima: il contributo della scienza chimica allo sfruttamento delle fonti di acqua minerale nella prima metà del XIX secolo*, in «Nuncius», VI, 1991, pp.83-107.

TAIANI R., *Cambiamento e conservazione nella Toscana del primo Ottocento: amministratori, medici e popolazione di fronte all'epidemia livornese del 1804*, in I. TOGNARINI (ed), *La Toscana e la Rivoluzione francese*, Napoli 1994, pp. 645-688.

TETI V., *Il pane, la beffa e la festa. Cultura, alimentazione e ideologia dell'alimentazione nelle classi subaterne*, Firenze 1976.

THEODORIDES J., *Quelques travaux concernant la rage publiés ou réalisés dans l'empire Austro-Hongrois aux 18e et 19e siècles*, in E. LESKY (ed), *Wien und die Weltmedizin. 4. Symposium der Internationalen Akademie für Geschichte der Medizin veranstaltet im Institut für Geschichte der Medizin der Universität, Wien, 17.-19. September 1973*, Wien-Köln-Graz 1974, pp. 183-195.

THOMPSON J.-GOLDIN G., *The hospital: a social and architectural history*, New Haven-London 1975.

TIMIO M., *Da Laënnec a Littmann: la storia rivoluzionaria della strumentazione ascoltatoria*, in O. GALEAZZI (ed), *Medicina e storia. Atti del XXXI congresso nazionale di storia della medicina*, Ancona-Bologna 1986, II, pp. 54-66.

TREUE W., *Das Interesse des Wirtschafts- und Sozialhistorikers der Neuzeit an der Medizingeschichte*, in «Medicine-history journal», II, 1967, pp. 197-207.

TUCCI U., *Innesto del vaiolo e società nel Settecento veneto*, in «Annales cisalpines d'histoire sociale», serie I, 1973, n. 4, pp. 199-231.

TUCCI U., *Il vaiolo, tra epidemia e prevenzione*, in F. DELLA PERUTA (ed), *Malattia e medicina* (Storia d'Italia. Annali 7), Torino 1984, pp. 389-428.

TUTZKE D., *Die Bedeutung Friedrich Prinzings für die medizinische Statistik*, in «Medicine-history journal», II, 1967, pp. 13-34.

ULBRICHT O., *The debate about founding hospitals in Enlightenment Germany: infanticide, illegitimacy and infant mortality rates*, in «Central European History», XVIII, 1985, n. 3-4, pp. 211-256.

URDANG G., *Lavoisiers «Chemische Revolution» und die Pharmazie*, in «Sudhoffs Archiv für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften», XXXVII, 1953, p. 411-428.

VANZAN MACHINI N.-E., *Surveys of developments in the social history of medicine: II. Italian scholars and the social history of medicine, 1960-1990*, in «Social history of medicine», IV, 1991, pp. 103-115.

VANZAN MARCHINI N.-E., *I mali e i rimedi della Serenissima*, Venezia 1995.

VENTURI F., *Quattro anni di carestia in Toscana (1764-1767)*, in «Rivista storica italiana», LXXXVIII, 1976, pp. 649-707.

VENTURI F., *Settecento riformatore*, Torino 1987.

VESS D.M., *Medical revolution in France 1789-1796*, Gainesville 1975.

VITALI D., *Sui gremi o collegi farmaceutici*, in *Atti ufficiali del V congresso chimico farmaceutico nazionale, promosso dall'Associazione chimica-farmaceutica lombarda, Milano, 27 maggio-3 giugno*, Milano 1907, pp. 474-486.

VIGARELLO G., *Le propre et le sale. L'hygiène du corps depuis le Moyen Age*, Paris 1985; trad. it. Venezia 1987.

VILLA R., *Il progetto del carcere di Milano e i tentativi di rifor-*

ma settecentesca, in U. LEVRA (ed), *La scienza e la colpa. Crimini criminali criminologi: un volto dell'Ottocento*, Milano 1985, p. 138.

VIVIANI R., *L'igiene in un secolo di trasformazioni urbane*, in CENTRO ITALIANO DI STORIA OSPITALIERA (ed), *Storia della sanità in Italia. Metodo e indicazioni di ricerca*, Roma 1978, pp. 80-85.

VOVELLE M., *Mourir autrefois. Attitudes collectives devant la mort aux XVIIe et XVIIIe siècles*, Paris 1974.

VOVELLE M., *La mort et l'Occident de 1300 à nos jours*, Paris 1983.

WADDINGTON D., *The development of medical ethics: a sociological analysis*, in «Medical history», 1975, n. 19, pp. 36-51.

WAIN H., *A history of preventive medicine*, Springfield 1970.

WEINER D.B., *Public health under Napoleon: the Conseil de salubrité de Paris, 1802-1815*, in «Clio medica», IX, 1974, n. 9, pp. 271-284.

WEINER D.B., *Les handicapés et la Révolution française: aspects de médecine sociale*, in «Clio medica», XII, 1977, pp. 97-109.

WEISS C.-SPECKER H.-WINCKELMANN H., *Die Medizinalgesetzgebung in Württemberg im 19. Jahrhundert unter besonderer Berücksichtigung des Chirurgen- und Baderwesens*, in «Münchener medizinische Wochenschrift», CXXV, 1983, n. 44, pp. 1005-1010.

WEISZ G., *The politics of medical professionalization in France, 1845-1848*, in «Journal of social history», XII, 1978, n. 1, pp. 3-30.

WHITE B.M., *Medical police, politics and police: the fate of John Roberton*, in «Medical history», XXVII, 1983, pp. 407-422.

WOODWARD J.-RICHARDS D., *Towards a social history of medicine*, in *Health care and popular medicine in nineteenth century England: essays in the social history of medicine*, London 1977.

WOOLF S.J., *Porca miseria. Poveri e assistenza nell'età moderna*, Bari-Roma 1988.

ZANOBIO B., *Sulla riforma dell'insegnamento della medicina nella università di Pavia al tempo di Gerard van Swieten*, in *Gerard van Swieten und seine Zeit: internationales Symposium veranstalter von der Universität Wien im Institut für Geschichte der Medizin, 8-10 mai 1972*, Wien-Köln-Graz 1973, pp. 107-117.

ZEKERT O.-GANZINGER K. (edd), *Beiträge zur Geschichte der Pharmazie in Österreich* (Veröffentlichungen der Internationalen Gesellschaft für Geschichte der Pharmazie e V., neue Folge, b. 18, 1961), Wien 1961.

ZEMON DAVIES N., *Les cultures du peuples. Rituels, savoirs et résistances au XVIe siècle*, Paris 1979; trad. it. Torino 1980.

ZINSSER H., *Rats, lice and history*, Toronto-New York 1935.

Indice dei nomi

Indice dei nomi